Rok XXXIII. Kraków 20. Stycznia 1894 r. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny. 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4	40	3	7	12
Kwartalnie:	2	20	1½	3½	6

†

Prof. Maurycy Jelita Madurowicz.

Maurycy Jelita Madurowicz, urodzony w r. 1831 dnia 16. Września w Kołomyi, był synem Walentego i Józefy z Hamplów. Pierwsze nauki i gimnazyum ukończył we Lwowie. Do uniwersytetu zapisał się w Krakowie, gdzie uczęszczał przez dwa lata a później przeniósł się do Wiednia, gdzie też otrzymał w roku 1855 dyplom doktora medycyny a w roku 1856 dyplomy doktora chirurgii i magistra położnictwa. Po otrzymaniu tych stopni jął się pracy zawodowej, kształcąc się w położnictwie i ginekologii a otrzymawszy posadę asystenta katedry tych przedmiotów, zajmował ją przez lat sześć w klinikach Gustawa i Karola Braunów. W Wiedniu należał do grona Polaków, którzy się równocześnie w uniwersytecie wiedeńskim dobijali sławy i stanowiska, aby z naukowemi zdobyczami powrócić do kraju.

Wezwany przez ś. p. prof. Dietla, opuścił zdobyte stanowisko, ustaloną sławę i rozległą praktykę w Wiedniu i habilitował się w Krakowie w r. 1862 w grudniu, jako docent prywatny położnictwa i ginekologii, gdzie niemałym bodźcem dla Niego było zaprowadzenie języka polskiego, jako wykładowego. W rok niespełna, bo w Październiku r. 1863. po ustąpieniu prof. Kwaśniewskiego, został mianowany profesorem zwyczajnym. Równocześnie objął obowiązki prymaryusza oddziału III-go szpitala św. Łazarza, w którym mieścił się podówczas także oddział dla chorych dzieci i podrzutków.

Zawód nauczycielski w trudnych bardzo rozpoczął okolicznościach, mając do rozporządzenia w szpitalu św. Łazarza kilka nędznych pokoików, przerobionych z cel klasztornych, w których mieściła się klinika położnicza dla medyków i dla położnych. Wykłady teoretyczne miewał zaś w *Collegium minus* w pierwszej sali na prawo na dole, gdzie dzisiaj pomieszkanie bedela. Lat ośm czynił starania, zanim uzyskał obecną, tymczasową klinikę położniczo-ginekologiczną, z byłego mieszkania ś. p. prof. Brodowicza przerobioną.

W nowo urządzonym zakładzie otwarto za jego staraniem pierwszą w Krakowie klinikę dla chorób kobiecych w tych okolicznościach, w jakich jest do dnia dzisiejszego. W tej klinice pracował lat 23; nie był z niej jednak zadowolony i starał się u Rządu, by klinikę tymczasową pomieszczono stale w gmachu umyślnie na ten cel zbudowanym, doznał jednak odmowy. Wobec tego starał się dalej, aby przynajmniej uzyskać barak dla rozszerzenia szczupłej kliniki, a gdy i to go zawiodło, zaniechał dalszych kroków. Jak niema wątpliwości, że

dzisiejsze pomieszczenie i urządzenie kliniki nie odpowiadają wcale wymaganiom nauki, to przecież ś. p. prof. Madurowicz mógł się pochlubić tem, że mimo to rezultaty Jego lecznicze wcale nie o wiele ustępowały tym, jakie wykazują najlepiej urządzone kliniki, co tylko swej wytrwałości, sprężystości i wiedzy miał do zawdzięczenia.

W roku szkolnym 1867/8 wybrano go dziekanem Wydziału lekarskiego, w roku 1878/9 ponownie; w roku 1880/1 został z wyboru Rektorem Uniwersytetu Jagiell. W latach 1875/6 i 1882/3 był komisarzem rządowym przy egzaminach ścisłych lekarskich. Od roku 1858 był członkiem Tow. lekarskiego wiedeńskiego, od roku 1864 członkiem Tow. naukowego w Krakowie; w roku 1865 wybrany został członkiem Tow. lek. warszawskiego, w roku 1866 członkiem nowopowstałego Tow. lek. krakowskiego, którego prezesem był w roku 1868 a w roku 1887 został członkiem honorowym; od roku 1870 był członkiem Towarzystwa lekarzy bukowińskich w Czerniowcach, nadto członkiem honorowym Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie W roku 1887 otrzymał order Korony żelaznej III. kl. a od roku 1889 był członkiem i prezesem powstałego w Krakowie pierwszego polskiego Towarzystwa ginekologicznego i był duszą jego aż do dni ostatnich przed niemocą, która go do łoża przykuła. Przez lat kilka po założeniu i obecnie od lat kilkunastu był członkiem Komisyi redakcyjnej *Przeglądu lekarskiego* i żywy w jej pracach brał udział.

W ostatnim roku czując już może wpływ choroby, która go życia pozbawiła, czasami w chwilach zmęczenia mówił o ustąpieniu z katedry i usunięciu się w cichy zakątek prywatnego życia; skoro się jednak czuł zdrowszym, roił plany na przyszłość w dziedzinie nauki i rozwoju kliniki.

Czynność jego naukowo-nauczycielską należy podzielić na dwa okresy. W pierwszym z nich zdobywał sobie imię i sławę tak znakomitymi wykładami, jak i znakomitemi pracami. Okres ten płodny trwał aż do czasu nieszczęścia rodzinnego, które mu życie złamało. Do tego czasu odnoszą się głównie jego prace drukiem ogłoszone.

Umwandlung einer Gesichtslage in eine Beckenendlage unter dem Gebrauche der Kolpeuryse. — Allgemeine Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik des prof. C. Braun im J. 1858. — Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik v. J. 1859. — Ergebnisse an der geburtshülf. Klinik im J. 1860 sammt Kasuistik. — Lebercirrhose, Varices des Oesophagus, tödtliche Blutung aus denselben bei Gebärenden. — Powstawanie i rozpoznawanie przepukliny krwawej (praca habilitacyjna). — O przebiegu i leczeniu przepukliny krwawej. — Przypadek sądowo-położniczy. — Miednica ścieśniona, niepomiarowa, wskutek zniekształcenia kręgów lędźwiowych. — Niektóre uwagi nad zaśniadem groniastym. — Kilka słów o przypadku ciąży zamacicznej brzusznej. — Przypadek wypadnięcia łożyska. — Cięcie cesarskie na kobiecie żywej. — Śmierć noworodka z zadzierzgnięcia pępowiny około szyi.— Wyparcie kawałka martwego pęcherza po odprowadzeniu odchylonej macicy ciężarnej. — Ausstossung eines necrotischen Stückes Harnblase nach Reposition einer retrovertirten schwangeren Gebärmutter.

W roku 1868 ożenił się z Panną Saarowną, która mu powiła syna; niedługo cieszył się jednak życiem rodzinnem, gdyż w rok po zawarciu węzłów małżeńskich utracił żonę i dziecko. Cios ten złamał Jego życie i na inne wprowadził Go tory, co też wywołało decydujący wpływ na Jego czynność naukową. Od tego czasu poczyna się drugi okres, w którym mniej o Nim słychać w piśmiennictwie; od tego czasu stał się nieczułym na rozgłos i sławę. Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że ostygł w pracy; przeciwnie podwoił czynność swoją, spokojną, mrówczą, ciągłą i wytrwałą. Nie zasklepił się, by szukać w pracy egoistycznego zadowolenia i dociekać zawikłanych zagadnień, ale jął się jej dla cierpiącej ludzkości, dla dobra swych uczniów, dla wychowanków naukowych, dla polskiej nauki i dla kraju. Czy taki zwrot był korzystny? niech odpowiedzą na to życiorysy takich ludzi, jak Trousseaux, Oppolzer i innych, którzy sami mało pisząc, jako nauczyciele wytworzyli cały szereg pracowników na polu naukowem i praktycznem a temsamem bardzo przysłużyli się ludzkości.

W poczuciu spełniania obowiązków był dla siebie nieubłaganym; spełnienie obowiązku było dla Niego pierwszem zawsze zadaniem.

Stanowisko nauczycielskie przekładał nad wszystko inne i praktykę lekarską prywatną wykonywał tylko w chwilach wolnych od zajęć obowiązkowych a w dalsze okolice kraju na narady lekarskie wzywany, jeździł tylko w dnie wolne od wykładów, świąteczne lub nocą. Na wszelkich posiedzeniach i zgromadzeniach, na których z urzędu czy też podjętego obowiązku być był powinien, nigdy Go nie brakowało.

Z anielską istotnie cierpliwością wprawiał do swego zawodu uczniów i był niezaprzeczenie najlepszym i najpilniejszym nauczycielem z tych, którycheśmy kiedykolwiek znali. Co więcej, powiedzieć śmiało możemy, że nie spotkaliśmy w żadnym uniwersytecie uczniów, którzyby byli równie, jak krakowscy wyćwiczeni w położnictwie i ginekologii.

Wspomnieliśmy wyżej, że w drugim okresie swego działania nie był tak głośnym w piśmiennictwie, ale głośniejszą się stała klinika krakowska, głośne i znane w piśmiennictwie naszem i zagranicznem prace, które nie pod Jego, lecz uczniów Jego imieniem pojawiły się w druku. We wszystkich niemal tych pracach było Jego tchnienie, nie jedna myśl Jego w nich się ukrywała.

Wobec swoich najbliższych uczniów, asystentów był zawsze bardzo serdeczny, wylany, koleżeński i darzył ich swem zaufaniem. Chwalić nie miał zwyczaju, częściej ganił, nie zachęcał, ale oddawał swym wychowankom wszystko, co klinika pod względem naukowym posiadała i nie szczędził rad, uwag i pomocy moralnej, gdy który chciał pracować. Wytworzył też szereg pracowników

zawodowych, z których wszyscy albo poważne zajęli stanowiska albo są na drodze do nich. Sam usuwając się na plan drugi, troszczył się o rozgłos swych uczniów i dbał o ich powodzenie tak, że wreszcie mówiono, że lepiej być uczniem Madurowicza, niż samym Madurowiczem.

Obejście Jego nie licowało zupełnie z Jego wewnętrznym serdecznym nastrojem. Na pozór milczący, nieprzystępny i zamknięty w sobie, był wylany i serdeczny dla wszystkich, którzy go otaczali. Dziwną posiadał delikatność uczuć i tkliwość serca, i aby się z tem nie zdradzać szczególniej w obec obcych, przybierał pokrywę zewnętrznego chłodu. Pełen był szlachetnych i podniosłych uczuć; uwielbiał wszelkie piękno i wszystko co nosiło cechę zacności i szlachetności. Z uczniami nietylko dzielił się zasobami moralnymi, ale często, gdzie tego było potrzeba, spieszył z pomocą materyalną, nieraz bardzo hojną i wówczas o to mu tylko chodziło, by obdarowany o tem nie wiedział. Jako kolega był wzorem koleżeńskości; godność lekarską cenił bardzo. Kochany też był szczerze przez wszystkich, którzy z nim kiedykolwiek w styczności zostawali, a najlepszym tego dowodem była dwudziestopięcioletnia uroczystość jubileuszowa Jego nauczycielskiego zawodu, która odbyła się w Auli Uniwersyteckiej w roku 1888. dnia 14. Stycznia. Takiej uroczystości sztuką nie stworzyć, bo to była prawdziwie serdeczna biesiada. Przed Jubilatem stanęli wszyscy koledzy, stanęli jak jeden mąż byli asystenci i z całego kraju gęsto po nim rozsiani uczniowie. Brakowało tylko tych, których śmierć wyrwała lub choroba do łoża przykuła.

Jako lekarz był chorym oddany bez względu na dostojeństwo osoby chorej i nie opuścił biednej chorej klinicznej dla osoby najwyżej położonej, jeżeli go ta pierwsza potrzebowała. Jako zasadę wypowiadał, że należy używać środków zawsze najłagodniejszych, a gdy te nie prowadzą do celu, imać się energiczniejszych; w razach wątpliwych zaś radził wybierać ten sposób, któryby się wybrało, gdyby szło o własną żonę. Sława jego jako lekarza sięgała daleko a znany był głównie z czasów pobytu w Wiedniu, gdzie wówczas jako w kolebce modnego położnictwa, które zreformował Karol Braun, gromadzili się lekarze z całego świata. Ś. p. Madurowicz słynął między nimi swą wiedzą i zręcznością operacyjną; to też do lat ostatnich słyszeliśmy zdanie, że wielu uczonych niemieckich uważało go za najdzielniejszego położnika operatora.

W życiu prywatnem otaczał się swymi uczniami i kolegami, lgnąc duszą i sercem do krewnych. Pamięć żony szanował bardzo i żył jej wspomnieniami; rok rocznie sam ubierał w dzień zaduszny grób żony na cmentarzu własnoręcznie a rok ubiegły był pierwszym, w którym złożony niemocą zrobić tego niemógł. Odkąd go pamiętamy, nigdy o swej żonie nie wspominał w obec drugich, nikt się przy nim mówić o niej nie ośmielał, a gdy to się zdarzyło przypadkiem, nieznacznie usuwał się z towarzystwa.

Życie jego codzienne było systematyczne, ale nadzwyczaj skromne i surowe; wszędy hojny, często rozrzutny dla drugich, sam się zadowalniał tem, co najskromniejsze.

Podczas kursów uniwersyteckich oddany był cały, nauce i swemu zawodowi; święta doroczne spędzał w gronie krewnych, wakacye poświęcał na wycieczki naukowe, a co mu czasu wolnego zostawało, obracał na spacerowe wycieczki po kraju i zagranicy.

Jako obywatel był zawsze gotów do pełnienia obowiązków obywatelskich i spełniał je zawsze punktualnie.

Zeszłego roku w wakacye wyjechał do Badenu, zkąd w pierwszych dniach Września powrócił cierpiący do Krakowa, gdzie ciężką chorobą złożony już więcej nie powstał i zmarł dnia 12. Stycznia b. r.

Zgasł przedwcześnie dla Uniwersytetu, nauki, dla kraju i tych, którzy go szczerze wielbili.

Prof. Dr. Mars.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał

Dr. Antoni Gabryszewski,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

To p r a w i e z a w s z e i p r a w i e b e z w y j ą t k u wygląda trochę niepewnie i dziwnie; to też chciałbym na tem miejscu załatwić się z tą sprawą, która dała powód do wielu nieporozumień i sprzeczności.

Są zatem przypadki, w których pomimo wszystkich przymiotów właściwych roztworu i techniki należytej kokaina zawodzi.

W literaturze znajdziemy sporo zdań wykluczających z pod działania kokainy pewne okolice, pewne cierpienia lub pewne indywidua.

Nie dziwię się Amerykanom (Malthe, Roberts, Varick)[1], gdy się im nie powiedzie wykonanie resekcyi stawu biodrowego i szczęki górnej lub amputacyi uda bez bólu w kokainie, bo to jest przesadzone; jednakże wyrażano się tak niekorzystnie i o pewnych drobnych operacyach. Sam W ö l f l e r długo nie miał pewności co do działania kokainy w tkankach zapalnych, aż się przekonał w końcu o prawdziwym stanie rzeczy (*Centralbl. für Chir. 1890 14*). K a p o s i (L u s t g a r t e n)[2] nie widział skutku w liszaju żrącym, L i n k[3]) w zastrzałach i paznogciach wrosłych, również (?) R e c l u s i W a l l[4]),

[1]) New York. medic. Journ. XLIII. Nr. 8.
[2]) Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 12.
[3]) Wien. med. Wochschr. 1888 r.
[4]) Revue de Chirurgie 1889. 2.

Pernice[1]) twierdzi, że kokaina wogóle w tkankach zapalnych nie działa. Ulbrich[2]) Spitzer[3]) i wielu innych odmawia jej skuteczności w zębach; same zdania ludzi poważnych a jednak niektóre wprost śmieszne, jeżeli przypomnę tylko wrastanie paznogcia *(unguis incarnatus)*, w którem bez wyjątku ma się najidealniejsze znieczulenie.

Że tkanki zapalne do znieczulenia są trudniejsze, choćby dlatego, że są boleśniejsze, to słuszne twierdzenie; błędnem jednak jest mniemanie, jakoby ich nie można było znieczulać. Jedynie w liszaju żrącym *(lupus)* jest coś szczególnego; często znieczula się trudno lub niedokładnie, ale to nie zależy od tkanki, tylko od indywidualności chorego; u chorych z liszajem żrącym zwykle i narkozy są gorsze.

Indywidualność chorych jest główną i najważniejszą okolicznością w takiem lub owakiem działaniu alkaloidu. Już Chiari[1]) zwrócił na to uwagę i bardzo słusznie. Idyosynkrazya do kokainy objawia się nietylko co do miejscowego znieczulenia (gdzie jest prawdziwą rzadkością), ale we wyższym jeszcze stopniu co do odczynu ogólnego i w tem leży jedna z przyczyn tak dziwnych i niezgodnych wieści o zatruciach kokainą.

[1]) Wien med. Wochschr. 87.

Do zatruć powrócę jeszcze; teraz, by nie zbaczać z wytkniętej drogi, chciałbym wspomnieć jeszcze o innych przyczynach, które osłabiają lub niweczą działanie kokainy. Są przecież przypadki, w których nie tylko jest bardzo trudno, ale wprost nie warto stósować kokainy. I tak n. p. przychodzi chory do nas z ropniem, który przez zaniedbanie lub wskutek umyślnego lekowania przez domowych i dyplomowanych kapłanów Eskulapa znajduje się w ostatnich chwilach swego przykrego żywota, krótko mówiąc, z ropniem, który już ma pęknąć. Znieczulenie ścieńczałej skóry jest czasami po prostu niemożebne; nadto wstrzykiwanie kokainy sprawiłoby choremu niekiedy tyle bólu, co krótko trwające przecięcie. Wbijając igłę w ropień nietylko nie otrzyma się znieczulenia, ale sprawi się choremu ból i to znaczny przez powiększenie parcia cieczy, razem wziąwszy skutek bardzo niemiły. Podobnie ma się rzecz z ropniami okołozębowymi; zamiast pomocy, nadzwyczajne powiększenie bólu. (Znieczulenie w takich razach jest rzeczywiście trudne i wymaga znacznej wprawy; jak sobie w tych trudnych radzić przypadkach, powiem w innem miejscu). Inaczej znowu ma się rzecz tam, gdzie mamy skórę podminowaną, owrzodziałą, licznemi przetokami przedziurawioną, jak to bywa czasem w grużlicy, promienicy i t. p. Tam każda kropla wstrzyknięta wypływa i nigdy nie jest się pewnym skutku.

Oprócz skóry znieczulać można kokainą wszelkie tkaniny, gdzie się tylko da zastrzyknąć, a więc głębsze warstwy mięśniowe, guzy, gałkę oczną w razie wyłuszczenia, okostną i rozmiękłe kości, zęby, stawy i t. d.

Wspominałem już, jak się w tem stósowaniu kokainy ponad wszelką miarę zagalopowali szczególnie Amerykanie, a trzeba przyznać, że wyniki mieli niezłe, choć nie doskonałe (Corning, Roberts, Varick). Dziwić się niema czemu. Kość przy amputacyach boleć musiała, bo w kość prawidłową żadnej igły wbić nie można; natomiast kość chorobowo zmienioną, rozmiękłą, jak to zwykle bywa w grużlicy, znieczulić można wybornie, jak się o tem niejednokrotnie przekonałem. Małe kości n. p. członki palców, kości nadgarstka, zęby, dadzą się znieczulić, jeżeli się dokładnie w okostnę i najbliższe otoczenie zastrzyknie rozczyn kokainy. Conway[1]) w Ameryce używał rozczynu kokainy do znieczulania złamań a nawet zwichnięć i to z bardzo dobrym skutkiem. To samo twierdzą Reclus i Wall a Lorenz[2]) zaleca kokainę w spastycznych kontrakturach stawów. Jakkolwiek w tym względzie nie mam doświadczenia, rzecz ta nie wydaje się ani złą ani nieprawdopodobną.

[1]) Deutsch. med. Wochschr. 1890. r. 14.
[2]) Centralblatt f. Chir. 1885.
[3]) Wien med. Wochschr. 1887. 6.

Najciekawsze ze wszystkich są sprawozdania co do zębów. Dentystyka, która rychło jęła się nowego środka (Ulbrich[3]), C. H. Shears, P. Horton) równie prędko starała się go usunąć. Bijąc na alarm przed niebezpieczeństwem, ogłaszali cały szereg zatruć nawet śmiertelnych Bock[4]) Hänel[5]), Hallopeau[6]) i t. d. Panika ta owładnęła tak bardzo adeptów tej sztuki, że do dnia dzisiejszego w przodującej innym szkole berlińskiej kokaina jest środkiem zabronionym i skazanym na stałe wygnanie a w niektórych podręcznikach farmakologicznych zakaz użycia kokainy do operacyj na głowie zaopatrzono w potężny wykrzyknik. A jednak wyjęło się w naszej klinice w ostatnich latach kilkaset zębów i nie doczekało się ani jednego poważniejszego zatrucia.

Co do samego znieczulenia, to nie da się zaprzeczyć, że jest ono w chorobach zębów i trudniejsze i nie tak pewne i nie zawsze zupełne; w każdym razie jednak jest znaczna ulga, a i w najgorszych przypadkach wybitne zmniejszenie bolesności przy wyrywaniu.

Zanim przejdę do dalszych uwag praktycznych, chciałbym poruszyć jednę jeszcze stronę działania kokainy, jako kwestyę do dnia dzisiejszego nie załatwioną.

Podobnie jak zdania co do ogólnego wpływu na ustrój naszego środka są najzupełniej sprzeczne (Mantegazza, Marvaud, Demarle, Fronmüller, Freud, Ugolino Mosso, Erlenmeyer i t. d.), tak też i w sprawie działania miejscowego kokainy nie ma zgody. Ogólnie przyjmuje się jako pewnik, że kokaina poraża obwodowe zakończenia nerwów czuciowych (Rossbach, Anrep, Bernatzik i Vogl), przez co powstaje w danym zakresie znieczulenie, że znieczulenie to w razie wstrzyknięcia 3—5% rozczynu zajmuje 2 albo 3 cm.^{2} (wielkość pięciomarkówki) jako anestezya zupełna a w obwodzie kilku jeszcze cm.^{2} jako obniżenie czucia (Wölfler 1885).

Czy też kokaina nie działa także na pnie nerwowe?

Doświadczeń w tym względzie nie ma wiele, chociaż sprawa wydaje się wielce zajmującą i uwagi godną. Mimo całej staranności w przejrzeniu właściwego piśmiennictwa, udało mi się wyszukać tylko dwie prace, które z całą pewnością wypowiadają zdanie w tej kwestyi: Corning[3] i Łukaszewicza[7]) (czy Lukaschewitscha). Nawet Feinberg[8]), który tak wiele doświadczeń przeprowadził na zwie-

[1]) Centralblatt f. Chir. 1886.
[2]) Centralblatt f. Chir. 1889.
[3]) Centralblatt f. Chir. 1885.
[4]) Centralblatt. f. Chir. 1886.
[5]) Berl. klin. Wochschr. 1888. Nr. 44.
[6]) Centralblatt. f. Chir. 1891.
[7]) Arzneimittellehre Bernatzik i Vogl.
[8]) Berl. klin. Woch. 1886.

rzętach, milczy o tem. Autorowie wymienieni ogłosili wprost przeciwne wyniki; Corning mianowicie twierdzi, że na pnie nerwowe kokaina bezwzględnie nie działa, Łukaszewicz zaś na mocy wielu doświadczeń na samym sobie i drugich dochodzi do przekonania, że znieczulenie pni nerwowych jest możebne. Mówi on, że jeżeli się wstrzyknie kokainę w bezpośrednie sąsiedztwo jakiegoś większego nerwu skórnego, występuje znieczulenie nie tylko miejscowe, ale w zakresie całego obwodowego rozgałęzienia danego nerwu. Twierdzenie to zdawały się popierać zarówno korzystne wyniki otrzymane w bólach nerwowych czyli neuralgiach (Wölfler i inni) jako też ogłoszenie Hochstettera[1]), który z pomocą kokainy zupełnie bezboleśnie przeciął nerw podoczodołowy *(neurotomia infraorbitalis m. Billroth)*.

Aby się przekonać, gdzie jest prawda, przeprowadziłem kilka umyślnych doświadczeń a zarazem badałem od czasu do czasu wielkość obszaru znieczulonego w rozmaitych operacyach. Już bowiem dawno zwrócił moją uwagę przypadek, w którym po znieczuleniu ograniczonego ogniska gruźliczego na dolnym końcu promienia wystąpiło zdrętwienie i znieczulenie całego palca wielkiego. Podobnych przypadków widziałem potem kilka, gdym zaczął zajmować się tym przedmiotem i czynić w tej mierze spostrzeżenia.

Celem wyjaśnienia tej okoliczności robiłem próby na zdrowych; postępowałem zaś w sposób następujący: W okolicy stawu łokciowego tam, gdzie nerw łokciowy *(n. ulnaris)* przewija się poza kłykciem wewnętrznym, zastrzykiwałem pod kontrolą macającego palca 3—6% rozczynu kokainy naokoło wspomnianego nerwu. Znieczulenie miejscowe było najdoskonalsze; nerw niejako pławił się w mocnym rozczynie alkaloidu. Zrazu pień nerwowy odpowiadał na ucisk palca, jak nerw prawidłowy, pewnym rodzajem bólu miejscowego a mrowieniem w zakresie swych rozgałęzień. Po kilku minutach miejscowo nie można już było wywołać żadnego uczucia a na całej łokciowej stronie przedramienia i małym palcu u ręki zjawiło się zdrętwienie i znaczne zmniejszenie czucia dotyku i temperatury (*anaesthesia dolorosa*). Im mocniejszego użyłem rozczynu, tem wybitniej występowały te objawy. Znieczulenia bezwzględnego tak, jak w miejscu wstrzyknięcia, otrzymać jednak nie zdołałem. Wchodzić w bliższe szczegóły nie mogę ze względu na cel niniejszej publikacyi; tłómaczę zaś sobie zjawiska te w ten sposób, że nerwu tej grubości nie można było dokładnie kokainą przeniknąć (infiltrować); znieczuliły się tylko jego włókna powierzchowne i jego własne unerwienie (*nervi nervorum?*). Im cieńszy nerw, tem łatwiejsze powinno być jego znieczulenie. W każdym razie nie tylko zakończenia nerwowe, ale i włókna i pnie ulegają wpływowi kokainy. Czy można jakieś nowe wnioski oprzeć na tych doświadczeniach, czy da się z nich odnieść jakie praktyczne korzyści bodaj w celach chirurgicznych — nie przesądzam wcale.

Zkąd się wzięło mniemanie i to nie odosobnione, że kokaina może wywoływać miejscowe zboczenia tego rodzaju, jak obumarcie tkaniny, upośledzenie rychłozrostu i t. p., tego zaprawdę pojąć nie umiem. Jeden z pierwszych, który tego środka używał podskórnie, F. Verchère[2]), twierdzi, że w razie znieczulenia miejscowego, zresztą zupełnie dobrego, *prima intentio* należy do rzadkości. Winę tego przypisuje obrzękowi, jaki wciskany płyn wywołuje (mógłby o tem powiedzieć coś Schleich[1]), który pod skórę po kilkadziesiąt strzykawek wbija i zalewając formalnie swym rozczynem tkaniny cieszy się najidealniejszymi rychłozrostami). Frey[2]) (z oddziału Mosetiga-Moorhofa) wspomina, że przy wyłuszczaniu kaszaków (2 przypadki) nie otrzymał rychłozrostu z powodu obumarcia brzegów rany a przypisuje to znowu wpływowi kokainy na nerwy naczynioruchowe. I Hillischer[3]) oświadcza wyraźnie, że kokaina źle wpływa na gojenie się ran i łatwo sprowadza zgorzel tkanek. Przyznaję się, że bezwarunkowo nie umiem sobie wytłómaczyć tego działania; sam go, co prawda, nigdy nie widziałem. Skoro bez kokainy mogą obumrzeć brzegi rany, to zapewne i z kokainą; ale co do rychłozrostu, to niech siebie raczej ci panowie obwinią, bo jeżeli działa kokaina w jakikolwiek sposób, to zdaje się właśnie przeciwgnilnie[4]), a jeżeli i ona nie przeszkodziła ropieniu, to już musiały być rany bardzo zakażone.

Jakiej kokainy należy używać do znieczulania?

Wyliczać wszystkie przetwory kokainy i przechodzić te, które kiedykolwiek zalecano, za wiele zabrałoby miejsca. Dziś używamy wyłącznie jednej soli t. j. chlorku kokainy (*cocainum hydrochloricum s. muriaticum*), który się najłatwiej rozpuszcza we wodzie i najlepiej skutkuje. Muszę jednak przy tej sposobności zwrócić uwagę, że nie każdy przetwór działa równie dobrze; są różne fabryki i różne wyroby. Kładę na to szczególny nacisk, bo się niejednokrotnie i dobitnie przekonałem, że niektóre przetwory kokainy (n. p. Boehringera z Sztutgartu) działają bardzo niepewnie. Nie wiedząc jeszcze o tem, miałem całe okresy, gdzie mi się znieczulenie nie udawało; zwróciło to moją uwagę i nakoniec nabrałem pewności, że tu firma odgrywa rolę. (Wyrobów fabryki Parke, Davis i Spki nie znam). Najlepszą kokainę wyrabia Merck z Darmsztadtu. O tem trzeba pamiętać i wyraźnie żądać jego firmy przy zapisywaniu leku.

W jakiej postaci i w jaki sposób stósuje się kokainę, zależy od miejsca i rodzaju cierpienia. Stósowano ją już w formie proszku, maści (Schnitzler[5]), Stein)[6]), lub czopka. (Bettelheim)[7]), lecz są to rzeczy wielce nie praktyczne. Rozczyny są najodpowiedniejsze, a używa się wodnych i wyskokowych. Rozczyny wyskokowe potrzebne są tylko do błon śluzowych; mają bowiem lepiej znieczulać a szybciej i głębiej przenikać, z drugiej strony przykre są z powodu działania drażniącego. Do wstrzykiwań podskórnych najlepsze są czyste roztwory wodne. Wszelkie przymieszki mające na celu nadanie rozczynowi kokainy większej trwałości są niepotrzebne, gdyż czysty chlorek kokainy przechowuje się bardzo dobrze.

---

[1]) Wien. med. Wochens. 1887. r. Nr. 46.
[2]) France médicale 1885 r.

[1]) Berl. klin. Woch. 1891. 51. i XXI kongres chirurgów niem. 1892 r.
[2]) Wien. med. Wochs. 1887. Nr. 15.
[3]) p. Pernice Deut. med. Wochs. 1890. 14.
[4]) W ostatnich czasach robił w tym względzie doświadczenia Dr. Łepkowski i doszedł do przekonania, że kokaina jest wcale dzielnym antyseptykiem.
[5]) Wiener med. Presse 1885.
[6]) Deut. med. Wochschr. 85. r.

Do mięszanin takich zalecano glicerynę (Schnitzler[1]), sublimat (Dazier[2]), kwas salicylowy (Maudin[3]), kwas borowy (Squibb)[4]), a nawet kwas karbolowy (Lustgarten-Kaposi)[5]); (tego ostatniego połączenia nie zaleca się już z tego powodu, że kwas karbolowy wydziela kokainę); wreszcie kamforę, sól kuchenną i t. d. Najlepiej będzie, jeżeli się zawsze użyje świeżych rozczynów; można je przepisywać w mniejszych ilościach i nie trzymać dłużej, niż miesiąc; można też je sobie samemu przysposobić za każdym razem. Dodatek soli kuchennej w fizyologicznym roztworze ma ten dobry skutek, że czyni wstrzykiwanie zupełnie niebolesnem, co ma znaczenie szczególnie dla pierwszego wkłucia.

Moc rozczynu zależy ściśle znowuż od tego, gdzie ma się operować, jakoteż w jak wielkim obszarze. Do znieczulenia błony śluzowej (przez pomazanie) potrzebne są mocniejsze rozczyny: 10—20%, do wstrzykiwań podskórnych najzupełniej wystarcza rozczyn 3%. Za pomocą rozczynu 3% kokainy możemy otrzymać w każdem miejscu doskonałe znieczulenie; mocniejsze rozczyny są do użytku zwyczajnego bezwzględnie niepotrzebne. Jestem przekonany, że najczęściej wystarczyłyby rozczyny 2% a nawet 1%; czasem jednakowoż zawodzą t. j. nie dają znieczulenia zupełnego.

Jaki procent alkaloidu ma się wybrać, rozstrzyga też wielkość obszaru przeznaczonego do znieczulenia a nadto, chociaż w mniejszym stopniu, rodzaj i stan tkanki, którą się ma operować. Im większym jest obszar, na którym ma się ciąć, skrobać lub przyżegać, tem więcej cieczy wstrzyknąć należy a (skoro tylko pewną ilość alkaloidu wolno wprowadzić do ustroju), tem słabszego trzeba użyć rozczynu.

Ile czystej kokainy można do ustroju wprowadzić, wiemy z każdego podręcznika farmakologii: około 5 cg. (0,05). Rozumie się tu człowieka dorosłego; u dziecka wogóle alkaloidy źle działają; przeto należy być bardzo ostrożnym i dawkę obniżyć jak najbardziej t. j. do 1 cg. (0,01). Ale kokaina to bardzo niestały środek; na jednych działa okrutnie w maleńkich, na drugich dopiero w ogromnych ilościach.

Jak wielkie są te różnice, świadczą najlepiej sprawozdania z przypadków zatrucia kokainą, których już spora istnieje liczba. Sprawozdania te stanowią z pewnością małą tylko cząstkę liczby zatruć rzeczywistych, ale za to pewnie najwybitniejszą ze względu na osobliwość i rzadkość przypadków nieszczęśliwych. Podzielić je można na zatrucia ciężkie i śmiertelne. Najmniejszą dawką, po której spostrzegano objawy ciężkiego zatrucia, był 1 cg. (0·01) wkroplonej do oka kokainy u 12 letniego dziecka (?) (Mayerhausen). Największa dawka, po której nieznaczne tylko wystąpiły zboczenia, wynosiła półtora grama (1,5) kokainy, które jakiś aptekarz zażył wewnętrznie (Ploss).

Przeważna ilość cięższych zatruć wystąpiła po użyciu 0,06—0,2 gr. kokainy, chociaż niejednokrotnie była dawka znacznie większa. Istotnie dziwić się należy, że ludzie, którzy ogłaszali wielkie liczby przypadków operowanych pod kokainą, mogli zalecać tak ogromne dawki jako nieszkodliwe, jakie drugich o nieszczęśliwe przyprawiały doświadczenia (nawet Reclus dozwala wstrzykiwać podskórnie do 0,15 gr.). Co do siebie, widziałem szczególnie z początku kilka zatruć po dawkach już o wiele mniejszych i w najkorzystniejszych okolicznościach nie odważyłbym się przekroczyć 0,10 gr. kokainy.

[1]) Wien. med. Presse 84.
[2]) Bulletin therap. Nr. 84.
[3]) Annales des maladies de l'oreille 1885.
[4]) Journ. de madel. chir. J. phann. 85. decembre.
[5]) l. c.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Kilka uwag o leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego.

Napisał
Dr. Stefan Schoengut.

Artykuł K. Koehlera p. t.: *Czy leczenie suche przy otitis media purulenta ma racyę bytu?*, zamieszczony w *Nowinach lekarskich* 1893., zeszyt 10, zachęca mnie do wypowiedzenia kilku uwag, tyczących się roztrząsanego tamże przedmiotu. Autor wymienionego artykułu powiada, że każde zapalenie ucha środkowego ma swoiste cechy i, że wybór środka musi być dla każdego przypadku z osobna zastósowany. Na to można tylko zgodzić się, jak również przyznać trzeba, że używanie środków sproszkowanych a nierozpuszczalnych w ogóle nie daje tu dobrych wyników. Z nich dermatol, jako bardzo osuszający, w kilku przypadkach okazał mi się nawet wprost szkodliwym tak, że zarzuciłem go zupełnie. Inaczej, mojem zdaniem, rzecz ma się z kwasem borowym sproszkowanym, który K. widocznie potępia w jednym rzędzie z nierozpuszczalnymi środkami. Co do tego leku, następujące uczyniłem spostrzeżenia: stósowanie go w postaci bardzo miałkiego proszku w ostrych zapaleniach ropnych ucha środkowego daje prawie zawsze lepsze wyniki od wszystkich innych tu zalecanych środków. Należy tylko uwzględniać pewne okoliczności; i tak n. p. nie używać kw. borowego bezpośrednio po przebiciu błony bębenkowej, kiedy zazwyczaj jeszcze utrzymują się gwałtowne, ostre objawy. Gdy otwór w błonie jest zbyt mały, również zaniechać trzeba tego leczenia; chociaż w niektórych przypadkach nastąpić może z innych powodów konieczność sztucznego rozszerzenia otworu perforacyjnego, poczem znów ze skutkiem wdmuchiwać można kwas borowy. Tak więc w pewnych okresach ostrego ropnego zapalenia środek ten okazał mi się najcenniejszym lekiem. Co do przewlekłego ropotoku, to w formach niepowikłanych kwas borowy, co najmniej, nie gorsze od innych oddaje usługi; a jeśli często nie prowadzi do szybkiego wyleczenia, to przyczyna tkwi raczej w uporczywości choroby, która i pod wpływem innych, czy stałych czy płynnych leków niełatwo ustępuje. Stósowawszy najrozmaitsze sposoby leczenia w całym szeregu przypadków, wróciłem znów do kwasu borowego sproszkowanego, słusznie zalecanego przez Bezolda. Jasną jest rzeczą, że tam, gdzie na tle przewlekłego ropienia wytworzyły się ziarniny, polipy albo *caries* szerzy się, po tym sposobie leczenia niczego spodziewać się nie można i stósować tu będziemy jużto przyżegania chlorkiem żelaza, jużto zabiegi chirurgiczne i t. d. Również leczenie spraw przewlekłych na tle gruźliczem lub kiłowem będzie wymagać innych modyfikacyj. Przekroczyłoby ramy tych moich uwag rozwodzenie się nad tym przedmiotem.

Działanie sproszkowanego kwasu borowego tłómaczyć możnaby w ten sposób, że jako ciało powoli rozpuszczające się działa przez czas dłuższy, tworząc z wydzieliną rozczyny. Nigdy nie dostrzegłem, żeby kwas borowy w miernej ilości

każdym razem wdmuchiwany, utrudniał lub tamował odpływ wydzieliny, jak to kol. K. podaje o środkach nierozpuszczalnych. Oczywiście nie należy go stósować w takiej ilości, żeby cały przewód zewnętrzny był niem wypełniony. Przypadki, w których ucho nie znosi kwasu borowego, stósowanego przy uwzględnieniu powyższych okoliczności i gdzie wzmaga się szum i następuje zajęcie głowy, należą według mych spostrzeżeń do wielkich rzadkości. Wiadomo, że małe ilości kwasu borowego nawet dłuższy czas pozostawać mogą w uchu, nie wywołując żadnych złych następstw[1]).

Jeszcze kilka słów o przestrzykiwaniu ucha w ropotoku jamy bębenkowej. Kol. Koehler życzy sobie, aby przestrzykiwanie ograniczyć do *minimum*, bo „każdorazowy prąd płynu uderza o ścianę błędnika a mechaniczne te urazy muszą dlań być szkodliwymi“. Sądzę, że ostrożne przestrzykanie, szczególnie zaś ręką lekarza, nie może stanowić urazu. Nigdy też nie widziałem rzekomych szkód, ztąd powstających a nie znam innego sposobu, któryby wydzielinę, często w niezmiernej ilości jamę i przewód wypełniającą, mógł wydalić skutecznie. W przypadkach, gdzie już w godzinę po przestrzykaniu jama i przewód są zalane ropą, bez przestrzykiwań, i to częstych, obejść się chyba nie można. Wydzieliny nieobfitej, gęstej i lepkiej także inaczej oddalić nie potrafimy. Wkraplanie małej ilości płynu nigdy nie zdoła ucha środkowego oczyścić z produktów zapalnych, jak to kol. K. podaje. O tem łatwo każdy może się przekonać. Nie da się zaprzeczyć, że przestrzykiwać należy do pewnego stopnia wprawną ręką, lecz to przeciw pożytkowi metody bynajmniej nie przemawia. Zdarzający się czasem po przestrzykaniu chwilowy zawrót głowy (objaw ucisku na ścianę błędnika), doraźnie usunąć można przedmuchaniem ucha przez trąbkę sposobem Politzera. Ten zabieg wogóle winien grać ważną rolę w leczeniu ropotoku ucha środkowego, raz dla utrzymania drożności trąbki, po drugie dlatego, że prąd powietrza jako *vis a tergo* wydzielinę posuwa ku zewnątrz i czyni ją przystępniejszą dla prądu płynu, którym przestrzykujemy.

Kto widział wiele przypadków, w których w przebiegu ropotoku ucha środkowego wystąpiły groźne objawy, czy zadrażnienia opon mózgowych, czy rozpoczynającego się zapalenia wyrostka sutkowego i w których po 2—3-dniowych, pilnych przestrzykiwaniach i po wydaleniu zatrzymanej ropy wszystkie te objawy ustąpiły, przyczem oczywiście zapalenie ucha trwać może dalej, ten chyba nie może twierdzić, „że przestrzykiwanie uszu jest wogóle przeciwwskazanem“. Na mechaniczne oddalanie wydzieliny, mojem zdaniem, wielki kłaść nacisk należy a komplikacye w rodzaju wspomnianych najłatwiej wystąpią tam, gdzie w ropotoku zaniedbuje się systematycznego oczyszczania za pomocą przestrzykiwań. Tego zaś nie możemy zrobić przez wlanie kilku kropel płynu do ucha. Wszak są przypadki szczególnie, gdzie i *antrum mastoideum* lub wyrostek zajęte, w których i przestrzykanie przewodu nie wystarcza do oczyszczenia jamy bębenkowej i gdzie uciec się trzeba do przepłukiwań kaniulą Hartmana, do jamy bębenkowej wprowadzoną lub do przepłukiwań przez trąbkę, jak to zaleca van Millingen, a wtedy dopiero otrzymać można pożądany skutek.

Kolega K. zaleca jedynie wkraplanie rozczynów leków, nie podając jakich. Bezwątpienia są przypadki nadające się do tej terapii, ale i tu bez poprzedniego przestrzykania i oczyszczenia nic nie uzyskamy. Jak bowiem ma działać lek płynny na błonę śluzową, pokrytą warstwą gęstej ropy lub oddzielonych, zmartwiałych przybłonków?

Tem mniej to jest możliwem w schorzeniach stropu jamy (*atticus*), o których słusznie mówi kol. K., że dość często towarzyszą ropotokowi. Tu wkraplanie przez niego zalecane nie może odnieść skutku, bo płyn albo wcale tam się nie dostanie, albo tylko niedostatecznie, chociażbyśmy i ucisk wywierali na *tragus*. A gdy dostanie się już i do stropu, to nie zdoła go oczyścić z wydzieliny, która właśnie w tych formach zwykła mocno przylegać i często bywa pomięszaną z masami przybłonkowemi. Jeśli się tych mas nie oddala systematycznie, może się następowo wytworzyć *cholesteatoma*. W tych przypadkach proste przestrzykanie strzykawką lub balonem także nie wystarczy; tu użyć musimy zakrzywionych rurek Hartmana lub Politzera, któremi można skierować siłę prądu ku stropowi[1]).

Szczegółowy rozbiór różnych sposobów leczenia w różnych formach ropotoku jamy bębenkowej pozostawiam na później; wdając się w niniejszą dyskusyę chciałem jedynie zwrócić uwagę, że jakkolwiek nie można być zwolennikiem wyłącznie suchego leczenia, tak znów nie można ograniczać się wyłącznie do wkraplań płynów, z pominięciem przestrzykiwania, które w daleko większej liczbie przypadków okaże się niezbędnem.

[1]) Urbantschitsch: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien. 1890. str. 320.

IV. Oceny i sprawozdania.

Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej
dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin
Włodzimierza Brodowskiego,
profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów: K. Chełchowskiego, A. Ciaglińskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, A. Elsenberga, T. Herynga, W. Janowskiego, F. Kijewskiego, S. Kleina, L. Kryńskiego, I. Luxenburga, E. Przewoskiego, A. Rosenthala i H. Rupperta.
Warszawa 1893, wielka 4-ka, wizerunek jubilata, przedmowa i 218 stron tekstu.

(Dok. Patrz Nr. 2.)

L. Kryński: *O chłoniakach* (*lymphangiomata*). W patogenezie tej rzadszej postaci nowotworów naczyniowych jest kilka kwestyj spornych, co do których zdania autorów są podzielone. Do takich zaliczyć należy: znaczenie zastoju limfy w sprawie powstawania chłoniaków, o ile i jaki wpływ mogą mieć sprawy zapalne, jak histologicznie powstają części składowe nowotworu, czy wszystkie postacie tych guzów mają charakter nowotworowy i t. p. Po streszczeniu należących tu poglądów z literatury przedstawia autor wyniki badań swoich, opartych na znacznym stósunkowo materyale dziesięciu przypadków chłoniaków, które w ciągu ostatnich lat trzech spostrzegał w klinice chirurgicznej profesora Rydygiera. Z tej liczby w ośmiu przypadkach były to guzy różnej wielkości mieszczące się przeważnie na szyi i głowie, z wyjątkiem jednego wrodzone lub też powstałe w najwcześniejszym okresie życia. Pozostałe dwa przypadki przedsta-

[1]) W tym celu podał Politzer zmyślny, lecz nieco skomplikowany przyrząd, za pomocą którego przez rotacyę zakrzywionej rurki można nadać dowolny kierunek prądowi płynu.

wiały cierpienie języka zwane *macroglossia.* Wyniki badania mikroskopowego tych guzów przedstawiają się tak:

W powstawaniu chłoniaków nie możemy przypisywać żadnego znaczenia przyczynowego przeszkodom dośrodkowym w krążeniu chłonnem. Przyczyn szukać należy w zmianach miejscowych w tkankach, względnie ścianach naczyń, pochodzenia prawdopodobnie zarodkowego.

Chłoniaki są to nowotwory, w których oprócz rozszerzenia istniejących naczyń i przestworów chłonnych odbywa się tworzenie się nowych, co następuje przeważnie sposobem heteroplastycznym, przyczem za punkt wyjścia dla nowych przestworów chłonnych służy tkanka łączna włóknista i tłuszczowa, z których komórek powstają pierwociny czyli elementy śródbłonkowe. Tylko w przypadkach wyjątkowych wykazać można jakąś przyczynę odrębną, jak naprzykład zapalenie; mechanizm tworzenia się tu chłoniaków jest zupełnie odmienny, jak we wszystkich innych przypadkach, i stanowi zjawisko wtórne, następstwo przebiegu sprawy zapalnej.

Macroglossia nie zawsze przedstawia odrębną, prostą postać chłoniaka języka; są przypadki o budowie złożonej z dwóch typów tych tworów (*lymphangioma simplex* i *l. cavernosum*), zarówno jak i takie postacie mieszane, w których odbywają się równolegle dwie sprawy: przerost przestworów chłonnych i nowotworzenie się tkanki łącznej.

Co się tyczy leczenia chłoniaków, to za najodpowiedniejszą i najprędzej wiodącą do celu uważa autor operacyą — wycięcie nowotworu. Pod tym względem nie zgadza się stanowczo ze zdaniem Riedla i Wölflera, pomijając już dawniejszych chirurgów, którzy uważają wycinanie za zbyt niebezpieczne i radzą nacięcie guza z następowem sączkowaniem lub tamponowaniem. We wszystkich przypadkach, opisanych przez autora, leczenie polegało na wycięciu nowotworu i wszystkie zakończyły się pomyślnie, z wyjątkiem jednego przypadku *macroglossiae*, w których dziecko zmarło wskutek zapalenia i zgorzeli płuc w $3^1/_2$ tygodnia po operacyi.

A. Ciągliński: *Przypadek t. z. choroby Littla.* Choroba ta jest jedną z najczęstszych postaci porażeń mózgowych u dzieci. Cechami jej są: przewaga sztywności mięśni nad ich porażeniem oraz pewnego rodzaju zahamowanie wpływu mózgu (wzgl. woli) na ruchy dowolne, wskutek czego dzieci dotknięte tą chorobą, bardzo powoli uczą się władać członkami, zarówno w chodzeniu jak i siedzeniu. Autor spostrzegał jeden przypadek tego cierpienia, zakończony śmiertelnie, który zbadał szczegółowo klinicznie, sekcyjnie i mikroskopowo. W przypadku tym, jak to bywa zwykle, podstawą anatomiczną porażeń były wylewy krwawe międzyoponowe w okolicy szpary podłużnej mózgu, w bliskości rowka Rolanda. Pochodzą one z rozerwanych naczyń żylnych opony miękkiej, wpadających do zatoki podłużnej opony twardej mózgu. Przyczyną rozerwania jest według Virchowa, Webera i innych zachodzenie kości ciemieniowych podczas trudnego porodu; do tego przyczynia się jeszcze znaczny zastój krwi żylnej wskutek szybko odbywającego się porodu i niemożność zastósowania się mózgu do wzrastającego ciśnienia.

Wylewy międzyoponowe w tem miejscu przedewszystkiem zagrażają zwojom środkowym, mieszczącym ośrodki psycho-motoryczne. Następstwa bywają różne: od lekkiego ucisku do zupełnego zniszczenia tkanki korowej; stopień zmian najwyższy jest u stropu mózgu i słabnie w miarę oddalania się od linii środkowej. Takie umiejscowienie zmian tłomaczy nam, dlaczego kończyny dolne, których ośrodek ruchowy jest najwyżej położony, bywają najmocniej dotknięte, i dlaczego stan spastyczny mięśni przeważa nad porażeniem. W przypadku swoim znalazł jeszcze autor pewne zwyrodnienie a raczej niedokształcenie pęczków piramidalnych rdzenia: obok znacznego rozrostu neurogli w wielu włóknach nerwowych myelina rozwinięta nadzwyczaj słabo. Zmiany te uważa autor za wtórne, zależne od zmian pierwotnych w korze mózgowej.

W. Janowski: *Przypadek porażenia kończyny dolnej pochodzenia rdzeniowego (monoplegia spinalis).* W przypadku tym u mężczyzny 66-letniego wystąpiło nagle w nocy porażenie prawej kończyny dolnej bez żadnej widocznej przyczyny i objawów ogólnych. Ruchy pozostałych kończyn zarówno jak i twarzy i języka utrzymały się zupełnie prawidłowe; odruchy kolanowy i skórny w kończynie chorej zniesione zupełnie, zarówno i pobudliwość elektryczna. Na podstawie dokładnego zbadania rozpoznano zmianę rdzenia kręgowego, znajdującą się tylko w jego rogu prawym przednim na wysokości pomiędzy wyjściem 2-go a 4-go korzonka nerwowego. Jako przyczynę przypuszczano wylew krwi w tem miejscu lub zator tętniczki. Chory w parę tygodni po przybyciu do oddziału Dra Dunina umarł. Badanie rdzenia przez autora wykazało ognisko rozmiękłe w rdzeniu kręgowym w przestrzeni pomiędzy korzonkami 2—5-ym w rogu prawym przednim; najwybitniejsze zmiany znajdywały się przy korzonku 3-im i czwartym. Przyczyny jednakże, która wywołała te zmiany chorobowe, krwotoku czy zatoru, autor znaleść nie mógł.

Z. Dmochowski i W. Janowski: *Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych, wywołanego przez bacterium coli commune.*

W dwóch przypadkach *cholangoitis purulenta*, która miejscami szerzyła się i na tkankę wątrobową, tworząc w niej ropnie, znaleźli autorzy zarówno w ropie, jak i w tkance mnóstwo pasorzytów, przedstawiających, jak okazało się w otrzymanych hodowlach, *bacterium coli commune.* To dało im pohop do przeprowadzenia szeregu doświadczeń na zwierzętach w celu przekonania się, czy i o ile ta postać drobnoustrojowa posiada własności ropotwórcze. Na podstawie tych doświadczeń twierdzą autorzy, że własności *bacterii coli communis* zupełnie są równoważne własnościom innych drobnoustrojów ropotwórczych. Jednakże nie udało się nigdy wprowadzeniem ich hodowli wywołać ropienia w drogach żółciowych. W tkance zaś podskórnej pasorzyty te stale wywoływały odczyn zapalny, który w trzech przypadkach polegał tylko na obrzęku i nacieku, w trzech zaś innych przeszedł w ropienie. W ropie znajdywały się bakterye w wielkiej ilości. Wreszcie w dwóch przypadkach zaszczepienie hodowli do jamy surowiczej (opłucna) sprowadziło po upływie doby lub dwóch śmierć zwierzęcia wśród objawów pasorzytniczych. Pracę ilustrują dwa pięknie wykonane rysunki mikroskopowe.

S. Klejn: *Własności regeneracyjne ustroju w stósunku do rozmaitych stanów niedokrewności. Przyczynek do nauki o niedokrewności złośliwej.* W zapatrywaniach na istotę niedokrewności złośliwej panuje znaczny zamęt. Zdaniem autora wszystkie postacie tego cierpienia należy podciągnąć pod dwie kategorye, różne tak cechami kliniczno-hematologicznemi, jako też i obrazem anatomicznym: postać samoistną, do której zaliczyć należy także przypadki etyologicznie nieznane, i postać następową, pojawiającą się jako następstwo innych spraw chorobowych (nowotwory, zapalenie nerek, marskość wątroby i in.). Dopiero w ostatnich czasach wykazali Ehrlich i Rindfleisch główną cechę, odróżniającą obie te postacie: zjawiskiem koniecznem w niedokrewności samoistnej jest obecność we krwi megaloblastów, podczas gdy w niedokrewności wtórnej znajdujemy tam tylko normoblasty. Pochodzenie pierwszych jest zupełnie ciemne. Mueller podał teoryę, według której w niedokrewności złośliwej mamy do czynienia z nowotworem szpiku kostnego *sui generis*, powstającym z takich olbrzymich komórek pochodzenia zarodkowego. Teorya ta jednakże pozbawiona jest pewniejszych podstaw.

Autor spostrzegał 3 przypadki niedokrewności złośliwej samoistnej, w których stopniowo następowało polepszenie,

dążące do zupełnego wyleczenia, i badał co kilka dni zmiany odbywające się we krwi. W miarę poprawiania się stanu ogólnego ilość normoblastów gwałtownie się zwiększała, podczas gdy megaloblasty stawały się rzadsze, wejrzeniem swem zbliżając się stopniowo do pierwszych. Obecność normoblastów we krwi i szpiku stanowi oznakę odradzania się krwi; ich zaś brak w stanach niedokrewności jest wysoce niepomyślnym dla ustroju.

Ponieważ i megaloblasty w razie pomyślnego zwrotu choroby przemieniają się stopniowo w normoblasty, przeto zdaniem autora, należy uważać je także za objaw samoobrony ustroju, który w razie groźniejszej postaci choroby dąży do wytworzenia pierwocin, jak największą obdarzonych siłą rozrodczą, jakie powstają w czasach zarodkowych.

I. Luxenburg: *Przypadek jam w rdzeniu kręgowym.* Badając rdzeń 51-letniej kobiety, której rozpoznanie sekcyjne brzmiało: *pachymeningitis externa, bronchitis, pleuritis exsudativa*, znalazł autor szereg ciekawych zmian w jego miąższu, poczynając od 9-go kręgu piersiowego ku górze, a mianowicie: 1) podłużne jamy w różnej wysokości w liczbie od 1—3, 2) rozrost tkanki glejowatej dokoła jam, 3) rozrzedzenie substancyi szarej i białej rdzenia pacierzowego, 4) asymetryę obu połów, 6) zmiany w komórkach zwojowych, 7) zmiany w naczyniach.

Co się tyczy jam, to pierwszy ich rodzaj, jama odpowiadająca swem położeniem przewodowi środkowemu, jest wysłana nabłonkiem i przedstawia tylko znaczne jego rozszerzenie (*hydromyelia*). Naokoło tak rozszerzonego kanału jest wybujała neuroglia (*gliosis*).

Drugi rodzaj jam znajduje się w wyższych odcinkach rdzenia: tam widać jamę nie wysłaną nabłonkiem, lecz otoczoną tkanką glejowatą; jest to jama syryngomyelityczna, nie mająca w większej części swego przebiegu bezpośredniego połączenia z jamą przewodu środkowego. Wreszcie trzecia jama jest następstwem rozrzedzenia w przednim rogu i części przednich pęczków, powiększającego się ku górze. W dalszym ciągu pracy przytacza autor różne teorye powstawania syryngomyelii i różnicę jej od hidromyelii; wreszcie zastanawia się nad rozmaitemi metodami barwienia preparatów mikroskopowych rdzenia i nerwów obwodowych.

Dr. Kryński.

Terapia.

P. Silex: Zimne i ciepłe okłady.

Mimo, że w praktyce codziennej, jednym z najczęściej używanych środków leczniczych są okłady i rozliczne kataplazmy, nie możemy się jednak tem poszczycić, abyśmy dokładnie i bez uprzedzeń zdawali sobie sprawę z istotnego tychże działania. Skutkiem tego zdarza się często, że w jednym i tym samym przypadku jeden z kolegów poleca zimne, inny gorące okłady. Często jest to istotnie rzeczą pomniejszego znaczenia, powiedzieć można, rzeczą osobistej sympatyi; atoli są przypadki, w których poważnie trzeba sobie zadać pytanie, czy stosowaniem okładów ciepłych lub zimnych, zamiast pomocy, szkody choremu nie wyrządzimy. N. p. Czy wolno używać lodowych okładów w przebiegu ropotoku spojówek (*Blennorrhosa conj.*), jeśli dołączy się wrzód rogówkowy? — Niektóre podręczniki gorąco je polecają — inne nie mniej gorąco je potępiają; a są i takie, które otwarcie przyznają, że nie znają wpływu okładów ciepłych, czy zimnych na sprawy toczące się w rogówce.

Dotychczas nie uwzględniła fizyologia tego pytania. Tłumaczy ona wprawdzie cały szereg zjawisk powstałych na skórze powiek, pod wpływem zimna; atoli, jakie zmiany w ciepłocie pod działaniem lodowych okładów następują w worku spojówkowym lub rogówce, o tem nie wspomina.

Aby rozwiązać to pytanie, przedsięwziął autor cały szereg doświadczeń na królikach, psach i człowieku, w których dla dokładnego i szybkiego przekonywania się o wahaniach ciepłoty w worku spojówkowym, posługiwał się nie zwykłymi ciepłomierzami, ale ogniwami termoelektrycznemi, które za pomocą galwanometru zwierciadlanego pozwalały z łatwością oznaczyć nawet $^1/_{40}$ stopnia. W badaniach używano jako środka znieczulającego $3^0/_0$ roztworu *tropokokainy*, której działanie jest szybszem od działania kokainy a nadto, która do doświadczeń w mowie będących nadaje się szczególnie, gdyż, przeciwnie jak kokaina, nie wywiera żadnego widocznego wpływu na naczynia.

U zdrowego człowieka znaleziono w jamie ustnej ciepłotę 36,9° C.; w worku spojówkowym o 1,51° C. mniejszą. Wkroplenie kokainy sprowadza obniżenie się ciepłoty o 0,7° C. Oczy dotknięte zapaleniem j. t. *conjunct. catarrh.*, *episcleritis, combustio corneae et conj.*, *ulcus corneae cum chemosi*, *blennorrhoea sacci lacrym.*, okazywały w porównaniu z ciepłotą jamy ustnej różnicę 0,89°. A więc były o 0,62° cieplejsze od zdrowych, lecz zawsze jeszcze okazywały w porównaniu z jamą ustną ciepłotę niższą. Nader ciekawem jest zjawisko, że w niektórych przypadkach zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego lub też wrzodów rogówkowych, bez obrzmienia spojówki gałkowej, przewyższała ciepłota worka spojówkowego ciepłotę jamy ustnej o 0,92°. Świadczy to wybitnie o powiększeniu się przemiany materyi. Po tych przedwstępnych badaniach zastosowano w wyż wymienionych przypadkach lodowe i ciepłe okłady (od 30—36° C.). I okazało się, że podczas gdy lodowe okłady ciepłotę w worku spojówkowym wogóle podwyższają — ciepłe czy gorące okłady działają wprost przeciwnie. U pewnego chorego, n. p. z ropotokiem spojówki, powikłanym z wrzodem rogówkowym, była ciepłota worka spojówkowego w porównaniu z jamą ustną o 1,2° niższą; po użyciu lodowych okładów przez 10 minut podskoczyła o 2,24° C. Dodać tu jednak wypada, że po zakropleniu kokainy, zachowuje się ciepłota worka spojówkowego wprost przeciwnie, t. j. że po okładach lodowych, już i tak pod wpływem działania kokainy naczynia zwężającego obniżona ciepłota opada jeszcze o jakie 0,08° C. Wytłómaczyć to można tem, że skurczone pod wpływem kokainy naczynia spojówkowe, nie przyjmują wypchniętej ze skóry powiek krwi, a ztąd utrata cieplika przez promienowanie, przy cienkich powiekach, przewyższa znacznie, odruchowo powiększone wytwarzanie się ciepła.

Co się tyczy doświadczeń na zwierzętach, przekonano się, że ciepłota miąższu rogówkowego wynosi 29,59°; w komórce przed. 34,39°; w soczewce 36,55°; w ciałku szklanem 36,06°. Ciekawym jest dalej wynik badań, wykazujących wpływ rozmaitych stopni ciepłoty na jamy ciała. Wymieniamy dwa:

1) Królik. Ciepłota w odbytnicy 38,0°. Po zastrzyknięciu 0,03 morfiny, podnosi się na 39,3°. Worek lodowy na brzuch. Po 5 minutach podnosi się ciepłota jamy brzusznej (tuż przed kręgosłupem mierzona) o 0,4°; po 15 minutach o 0,63° w porównaniu ze spadającą podczas doświadczenia ciepłotą odbytnicy.

2) Pies. Mały otwór trepanacyjny w prawej kości ciemieniowej. Elektrodę wbito do mózgu. Odbytnica 39,3°; mózg 38,85°. Duży pęcherz lodowy na czaszkę. Po 5 minutach podnosi się ciepłota mózgu o 0,23°=39,08°. Po 20 minutach do 40,23° (38,85°+1,38°); podczas gdy ciepłota w odbytnicy wynosiła 40°. A więc przed doświadczeniem, w porównaniu z odbytnicą, był mózg o 0,45° chłodniejszym, po doświadczeniu o 0,23° cieplejszym. Wynika z tego, że w narządzie, którymśmy usiłowali oziębić okładem lodowym, wbrew oczekiwaniu, sprowadziliśmy podniesienie się ciepłoty. *Mutatis mutandis* działają podobnie także i ciepłe okłady. Natomiast zupełnie inaczej działają wyższe stopnie ciepłoty zastósowane na większą powierzchnię ciała; n. p. ciepłe 40° kąpiele pełne. Tu, skutkiem zniesionego oddawania ciepła, temperatura ciała może podnieść się o jakie półtrzecia stopnia.

Przytoczone doświadczenia, chociaż może nie wpłyną bezpośrednio na zmianę dotychczasowego postępowania w stósowaniu ciepłych i zimnych okładów, a w danym przypadku o wyborze stanowić będzie i nadal nietylko osobiste doświadczenie lekarza, ale i podmiotowe uczucie chorego; przyczynią się jednak one bez wątpienia do lepszego zrozumienia

działania okładów i pewnej zmiany dotychczasowych w tej mierze zapatrywań. Kładąc n. p. pęcherz lodowy na głowę człowieka z świeżym udarem mózgowym, nie będziemy sobie wyobrażali, że przez zwężenie naczyń wywołane przez obniżenie ciepłoty w mózgu, zapobiegamy dalszym krwi wylewom, boć przecież ciepłota w mózgu nie obniża się, ale przeciwnie podnosi, lecz użyjemy go jako środka drażniącego skórę, który orzeźwiająco i skrzepiająco wpływa na chorego.

Wogóle według powyższego, przyjąć wypada, że zimne okłady są na miejscu w przypadkach, gdzie chodzi o wyparcie krwi z naczyń powierzchownych, aby przez to zwiększyć dopływ krwi do narządów chorych (jeśli takowe niezbyt głęboko się znajdują) i wpływać w ten sposób skrzepiająco na przemianę materyi. W przypadkach zaś, gdzie chcemy osiągnąć wprost przeciwny skutek, należy użyć okładów gorących. (*Ber. klin. Wochenschrift. Nr. 13. 1893*).

Adam Szulisławski.

Chirurgia.

Dumont: Kraniektomia okrężna.

Na wstępie streszcza autor piśmiennictwo tyczące się kraniektomii liniowej, jako środka leczniczego w idyotyzmie z wrodzonej małości czaszki (*mikrocephalia*) i przedwczesnego jej kostnienia i wylicza przypadki ogłoszone przez autorów francuskich, amerykańskich, angielskich, szwajcarskich i niemieckich. Ogółem zebrał 45 przypadków, z których najwięcej, bo 25, przypada na francuskiego autora Lannelonguea. Zestawienie to przedstawia się tak pod względem wyników leczniczych, jak nie mniej i śmiertelności wcale korzystnie. Sposoby operacyjne były jednak różne; każdy bowiem niemal autor z osobna modyfikował w rozmaity sposób wspomnianą operacyę.

Dalej opisuje autor operacyę przez siebie zmienioną a wykonaną na dziewczynie 14 miesięcznej, u której obok zupełnego zobojętnienia, braku apetytu, zsinienia kończyn, przy wrodzonej małości główki, były mocne i bardzo częste napady drgawek; wyraz twarzy dziecka był w ogólności głupkowaty, zdradzający pewne cechy idyotyzmu. Zachęcony wynikami operacyjnemi innych wykonał D. kraniektomią okrężną w następujący sposób: najpierw poprowadził cięcie podłużne od środka czoła aż do szczytu kości potylicowej, następnie oddzielił wraz z okostną powłoki czaszkowe odchylając je na obie strony, dopóki nie obnażył zupełnie guzów ciemieniowych, dalej założył w równej wysokości na szczytach guzów ciemieniowych koronę małego trepanu i wykroił dwa symetrycznie położone otwory trepanacyjne, w które wprowadził koniec nożyc kostnych, i nienaruszając opony twardej, przedzielił cięciami poprzecznemi, łączącemi otwory trepanacyjne, sklepienie czaszki i uzyskał w ten sposób doskonałe zmniejszenie się ucisku wśródczaszkowego. Po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego pokrył wreszcie wszystko powłokami skórnemi i zakończył operacyę szwem skórnym, przebiegającym wzdłuż szwu strzałkowego. Krwawienie było nieznaczne. Dwa rysunki szematyczne umieszczone w tekscie objaśniają operacyę znakomicie.

Pracę swą kończy autor historyą choroby operowanego dziecięcia, z której wypada, że cały przebieg pooperacyjny był bardzo zadowalający a tylko raz podniosła się ciepłota do 39°. W 24. dniu po operacyi opuściło dziecko zakład ze zezem mniejszym, lepiej odżywione i swobodniejsze. Przez cały ciąg pobytu w zakładzie nie miało ani razu napadu drgawek. Tętno, które przed operacyą było bardzo słabe i miało 90 uderzeń, przy wyjściu miało być wcale dobre, do 120 uderzeń na minutę; wreszcie i zsinienie kończyn ustąpiło prawie zupełnie. Dziecko badane w 4 miesiące po operacyi, okazuje jeszcze mierną ruchomość sklepienia czaszkowego, zajmuje, się tem, co je otacza, je chętnie i nieznacznie tylko zezuje; drgawek przez ten czas nie miało wcale.

Autor sądzi, iż kraniektomia okrężna przez niego podana i wykonana znacznie lepiej odpowiada celowi i nie jest tak niebezpieczna, jak liniowa. (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte Nr. 23. Grudzień 1893.*) *Dr. Zoll.*

Gauthier. Sposób uczynienia kokainy nieszkodliwą dla ustroju w razie wstrzykiwania podskórnego.

Aby znieść uboczne, trujące działanie na ustrój użytej do znieczulenia kokainy, proponowano już dawniej różne sposoby i środki. Bezsprzecznie najsłuszniejszą jest propozycya Kummera, aby stosować kokainę po wywołaniu miejscowej anemii, co jednak da się zrobić li tylko na kończynach, za pomocą opaski elastycznej Esmarcha. Mniej odpowiednie są propozycye J. Corninga z masłem kokainowem lub Marchandésa, który poleca, aby kokainę rozpuszczać w oleju skalnym (Naphtaöl) i tylko takich rozczynów używać dla uniknienia zatrucia. Przechodząc tak pokrótce literaturę, Gauthier na podstawie dwuletniego doświadczenia poleca kokainę z dodatkiem nitrogliceryny, którą uważa jako środek działający przeciwnie, jak kokaina. Wychodząc z tego zapatrywania się, podaje G. następujący przepis:

Cocaini mur. 0·20
Aq. dest. 10·00
1% solut. nitroglycerini gtt. X.

Według tego wypada na zwykłą, t. j. gramową strzykawkę Pravaza 0·02 kokainy i kropla nitrogliceryny. Używając tego rozczynu, unika autor zupełnie objawów zatrucia tak, że bez obawy złych następstw po wstrzyknięciu 0·12 kokainy nie widział żadnych znaków zatrucia.

(Zachęcony tem zapewnieniem autora i poleceniem Jaffégo w Hamburgu postanowiłem spróbować tych rozczynów przy ekstrakcyach zębów. Ponieważ dawka nitrogliceryny wydawała mi się nieco za dużą, bo do wewnętrznego nawet zastósowania zdaniem Ewalda powinno się zaczynać od jednej kropli 1% rozczynu, przepołowiłem dawkę nitrogliceryny biorąc pod uwagę znaczną ilość naczyń w dziąsłach i blizkość organów ośrodkowych.

Po raz pierwszy użyłem kokainy z dodatkiem nitrogliceryny u chorej, u której poprzedniego dnia zupełnie z zadowalniającym rezultatem wyjąłem ząb trzonowy w znieczuleniu 3% rozczynem wodnym kokainy. Ta sama chora podczas ekstrakcyi drugiego dnia w znieczuleniu kokainą z nitrogliceryną czuła nierównie większy ból, niż poprzednio. Nie zrażając się tem jednem niekorzystnem doświadczeniem, używałem dalej rozczynu tak gorąco przez G. polecanego; niestety rezultaty nie były zadowalające, bo pomijając to, że ekstrakcye nierównie były boleśniejsze, jeden chory zemdlał, co, jakkolwiek omdlenie było słabe, za nitrogliceryną wcale nie przemawia. Że dawka w moich rozczynach nie była za słaba, dowodem tego niech będzie kilka innych przypadków, gdzie chorzy skarżyli się na uczucie pełności w głowie a nawet na gwałtowne jej bóle, co jest przecież objawem nie czego innego, jak dostatecznej ilości nitrogliceryny. U dwóch chorych wystąpił spazmatyczny płacz i silne, choć szybko przemijające rozdrażnienie nerwowe.

Widząc te ujemne rezultaty w 10-ciu przypadkach, odstąpiłem od nitroglicerynowych rozczynów kokainy dość wcześnie, bo po trzech dniach jej używania. Być może, że znajdzie swoich zwolenników propozycya Gauthiera w innych operacyach chirurgicznych, bo przy rwaniu zębów, o ile mnie się zdaje, polecić jej nikomu nie można. Czy jednak wogóle przyjmie się, wątpić należy, gdy przekonałem się dosadnie, że dodatek nitrogliceryny wcale nie przyczynia się do znieczulenia. *Uwaga sprawozdawcy*). (*Gazette des hôpitaux. 108. 1893. Centralblatt für Chirurgie. 6. Grudnia 1893*).

Dr. W. Łepkowski.

Higiena.

Jacobi: Otrucie mięsem.

Z końcem roku ubiegłego ogłosił Dr. J. w komisyi higienicznej miasta Wrocławia nadzwyczaj ciekawe przypad-

ki otrucia po spożyciu surowego lub niedogotowanego mięsa, które oprócz nieprzyjemnego smaku nie wzbudzało podejrzenia, ani swem wejrzeniem, ani spoistością, ani wonią. Otrucie wystąpiło w 26 rodzinach u 86 osób między 14. a 16. Paźd. 1893 w 3—16 godz. po spożyciu nawet bardzo małych ilości. Objawy chorobowe przedstawiały obraz nadzwyczaj ostrego zapalenia żołądka i jelit w połączeniu ze znaczną gorączką, zawrotem głowy i wielkiem osłabieniem, jednak bez porażeń, które zwykle towarzyszą otruciu po spożyciu zepsutego mięsa, marynat lub wędlin, jak porażenia akomodacyi, rozszerzenie źrenic, porażenie podniebienia. Stopień objawów u zapadłych osób zostawał w prostym stosunku do ilości spożytego mięsa a ponieważ w ogóle prawie wszyscy chorzy z wyjątkiem jednej osoby, która 126 grm. spożyła, bardzo mało jedli z tego mięsa, przeto tylko temu prawdopodobnie zawdzięczać należy, że nikt nie umarł; rekonwalescencya jednak u wszystkich trwała bardzo długo. Na podstawie ścisłego dochodzenia sprawdzono, że mięso wzmiankowane sprowadzono z poza obrębu miasta do Wrocławia oraz, że pochodziło ono z krów chorych na zapalenie macicy i wymion (*metritis* i *mastitis*.) Badanie, dokonane przez Dr. Flüggego, wykazało dowodnie w mięsie chorobotwórcze bakterye, podobne do *bacterium coli*. Myszy karmione tem mięsem dostawały biegunki i ginęły bez wyjątku po 2 dniach a przy sekcyi można było znaleść w treści jelit, jakoteż i w innych narządach prawie czyste hodowle tych samych bakteryj, które poprzednio znaleziono w mięsie. Sztuczne hodowle podane także myszom na chlebie do pożarcia zabijały je w przeciągu 2—3 dni, poczem w padlinie znaleziono we wszystkich narządach też same bakterye, co i w mięsie. Również po zastrzyknięciu pod skórę lub do jamy brzusznej nawet bardzo małych ilości tych hodowli ginęły myszy już po 20—24 godz. a krew ich i narządy wewnętrzne zawierały wiele tych samych bakteryj. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi Dr. Jacobi do wniosku, że bakterye wykryte, rozmnażając się po dostaniu się do ustroju, nie działają nań zabójczo w sposób mechaniczny, gdyż ich zbyt wiele po śmierci zwierząt nie znaleziono, lecz że wydzielają z siebie bardzo rychło mocno trującą toksynę. Za tem przypuszczeniem przemawiają objawy chorobowe u ludzi, u których już w 3 godziny po spożyciu występowały przypady otrucia, jakoteż i doświadczenia na zwierzętach. Dla kontroli przeprowadził Dr. Flügge szereg innych doświadczeń dowodowych; mianowicie karmił myszy zepsutem zwykłem mięsem i sprawiał przez to zawsze tylko zakażenie gnilne z objawami niepodobnemi do opisanych. W końcu nadmienia Dr. Jacobi na podstawie dat właściwych, że połowa zatruć po spożyciu mięsa, przypada na mięso, pochodzące z krów dorzniętych z przyczyny różnych spraw poporodowych, jak zapalenia macicy gorączek porodowych i zapalenia wymion i z tego więc powodu uważa mięso tego rodzaju za szkodliwe i do konsumcyi nie przydatne. (*Thierärztliches Centralblatt. 1. Stycznia 1894.*)

Walentowicz.

M ü n t z: **O ilości soli kuchennej w różnych wysokościach.**

Autor zajął się nadzwyczaj ciekawemi badaniami nad stosunkiem ilości soli kuchennej w różnych wysokościach powierzchni ziemi i gór oraz nad stosowaniem się zwierząt i roślin, do ilości niedostatecznych dla ustroju. Dostrzegł on mianowicie, że stada górskie są niezwykle łakome na sól i odczuwają ją za pomocą węchu. Owce wyszukiwały doskonale paczki soli porzucone na ziemi, rozrywały je i zjadały żarłocznie, gdy tymczasem zostawiały nietknięte podobne paczki zawierające ziemię. W wodzie deszczowej znajdował autor sól w ilości średniej 0·34 miligrama w litrze wody spadłej na góry i 2·50 do 7·60 miligr. w wodzie spadłej na równiny. Obliczenia wykazały, że na hektar ziemi na równinach spada z deszczem około 2·03 kilograma soli, w górach zaś tylko 0·32 kilogr. (w ciągu 2 tygodni) przy ilościach wody mniej więcej jednakowych (851 i 766 metr. sześć.) To też i w wodach potoków górskich jest daleko mniej soli, niż w wodach nizin. Rośliny stósują się do tych zmniejszonych ilości mianowicie:

siano z roślin w Pireneach zawiera 0·254% soli, w nizinach zaś Dordogne 1·017%.
koniczyna biała w Pireneach zawiera 0·285 soli, w nizinach zaś Dordogne 0,509
słoma żytnia w Pireneach zawiera 0·054 soli, w nizinach zaś Dordogne 0,127

Soki zwierzęce wprowadzają mniej więcej jednakowe ilości soli i na nizinach i na górach. N. p. mleko krów pasących się na wysokości 2.000—2.200 metrów zawiera 1·054 grama soli w litrze,
na nizinach zaś 1·350 grama soli w litrze
podobnież krew baranów na *Pic du Midi* zaw. 0,470 soli w litrze
na równinach zaś 0,610;
krew królików na *Pic du Midi* 0·397
na równinach 0,470

Widać ztąd daleko mniejsze różnice u zwierząt a zatem oczywiście muszą więcej soli potrzebować zwierzęta górskie, ponieważ rośliny za mało im dostarczyć mogą. Tem się tłómaczy konieczność dodawania soli do paszy stad górskich, które bez niej mogą zmarnieć całkowicie. (*Annales de Chimie et de Physique T. XXIV.*) *Odo Bujwid.*

Medycyna sądowa.

I p s e n: **Poszukiwania warunków do wykrycia strychniny w obec mocnej zgnilizny zwłok.**

Autor dochodzi na podstawie swych badań i poszukiwań okoliczności, w których można wykryć strychninę w zwłokach mocno zgniłych, do następujących wyników:

Jak wykazują doświadczenia na zwierzętach strychniną otrutych a gnijących, można wykryć w zwłokach strychninę nawet w rok po śmierci pod warunkiem, że surowica gnilna, z zwłok ściekająca, nie ginie, ale się przechowuje. Dla tego można wykryć strychninę, jeźli zwłoki otrutego spoczywają w nieprzepuszczalnej ziemi, w szczelnej i trwałej trumnie. Podobnie jak inne trucizny, tak i strychnina (zapewne i inne także alkaloidy) przenika zwłoki po śmierci i dostaje się na zewnątrz zwłok z innemi przenikającemi ciałami. W jakim czasie po śmierci ustępuje strychnina ze zwłok, nie zdołał autor wykryć; zdaje mu się jednak, że czas ten będzie zależał od miejsca i sposobu pochowania zwłok i postępu zgnilizny. W przypadkach ekshumacyi należy, zwłaszcza wobec mocnej zgnilizny przechować do badania chemicznego obok narządów wewnętrznych, wszystko to, co zwłoki od zewnątrz otacza, n. p. wysłanie trumny przesiąkłe płynem gnilnym zwłok. Badana autora wykazały w przesięku zwłok psów otrutych strychniną, przeważną jej ilość; małe zaś jej resztki dały się wykryć w narządach wewnętrznych po $1^1/_2$ rocznem przechowaniu zwłok na wolnem powietrzu.

Podobnie jak strychnina, zachowują się wszystkie związki chemiczne tak organiczne jak i nieorganiczne, które łatwo rozpuszczają się i resorbują a nie łączą się chemicznie z białkiem ustroju. Zachowanie się to będzie przecież zależało od tego, czy trucizny te są trwałe i czy nie ulegają rozkładowi podczas gnicia podobnie, jak n. p. strychnina.

Wreszcie wymaga wykrycie strychniny w gnijących resztkach zwłok wielkiej wprawy i ścisłości. (*Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. 3. Poczet. Tom. VII. zeszyt 1.*)

Prof. Z a a i e r (w Leodyum): **Rozległe pęknięcie mózgu bez uszkodzenia czaszki.**

Autor sekcyonował z polecenia sądu zwłoki 38 letniej kobiety, zmarłej skutkiem rzekomego pobicia przez męża. Policzek lewy wzdłuż łuku jarzmowego był zasiniały aż ku uchu i oku lewemu. Tkanka podskórna policzka, mięsień skroniowy lewy i twarz były krwią obficie podbiegłe. Kości czaszki i twarzy nie okazywały nigdzie obrażenia, a jednak lewa połowa mózgu była od przodu ku tyłowi przerwana w ten sposób, że przerwa tworząca jamę na 13·5 cm. długą, 1·5 cm. szeroką a 5 cm. wysoką, wypełnioną skrzepami, przedzieloną naczyniami krwionośnemi, które nie uległy przedarciu, biegła od przedniej powierzchni płatu czołowego lewego aż do końca tylnego rogu komórki lewej obok ciałka prążkowanego, wzgórka wzrokowego, torebki zewnętrz-

nej i łupiny jądra soczewkowatego. Ponieważ nie było dowodu, jakoby mąż był sprawcą tego obrażenia, uwolnił go trybunał. Autor zastanawia się nad pęknięciem mózgu bez obrażenia czaszki, zestawiając podobne przypadki z piśmiennictwa i poglądy, jako też doświadczenia innych nad sprężystością i sposobami pękania czaszki pod wpływem urazu.

Rozważania teoretyczne doprowadziły autora do następującego wytłómaczenia mechanizmu, w jaki mogą powstać przerwy urazowe w mózgu.

W miejscu działania urazu na czaszkę może się pewna część mózgu ponad lub wzdłuż drugiej przesunąć i w ten sposób uledz przerwaniu. Z chwilą uderzenia w czaszkę następuje jej skurczenie się, skutkiem którego zmniejsza się pojemność czaszki. Ponieważ treścią czaszki nie jest substancya gazowa, z natury rzeczy ściśliwa, lecz płyn i kaszowata masa mózgu, zupełnie nieściśliwe, przeto może jedynie ciecz mózgordzeniowa opuścić w chwili uderzenia zmniejszoną jamę czaszki i spłynąć do obszernego przewodu w kręgosłupie. Z chwilą, gdy uraz przestanie działać na czaszkę, wraca ona do prawidłowych swych rozmiarów; poprzednio wyparty nadmiar cieczy mózgordzeniowej nie wraca wszakże natychmiast do czaszki, w obec czego powstaje w czaszce parcie ujemne, objawiające się tem, że jedna część treści jamy czaszkowej ciągnie sąsiednią. Nieco większe parcie ujemne musi sprowadzić przedarcia treści jamy czaszkowej. Przedarciu mogą uledz naczynia krwionośne między kością a oponą twardą, naczynia opony miękkiej, wreszcie sama tkanka mózgowa. Zatem przedarcia mózgu bez nadwerężenia czaszki powstają, zdaniem autora, w skutek rozkurczania się sprężystej czaszki, a więc nie wprost po urazie, lecz pośrednio. Jednak i uraz sam może częścią mózg wprost przerwać, częścią usposobić go do przedarcia.

Najpierw powstaje zdaniem autora przedarcie w miejscu działania urazu. Obrażenia te zależą, rozumie się samo przez się, od stósunków indywidualnych n. p. grubości powłok, kości czaszkowych, szwów kostnych, kierunku i siły urazu, zbitości mózgu i jego naczyń krwionośnych.

Przytoczony na wstępie przypadek tłómaczy autor na podstawie powyższej swej teoryi. (*Viertjschr. f. gerichtl. Med. 1893. Tom. VI. zeszyt 2.*) *Dr. Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

Przeciwko świerzbowi zaleca Lollis maść:

7) Rp. *Creolini* 5 00
Vaselini 100·00
MDS. Zewnętrznie.

Maścią tą naciera się raz dziennie części skóry pasorzytem nawiedzone. (*La semaine médicale. 3. Stycznia. 1894*).

Terpina jest dobrym środkiem wpływającym na wydzieliny oskrzelowe, które rozrzedza i którym ułatwia wydobycie się z ustroju. Używa się jej w ilości od 0·10 do 1·00 a nawet 2·00 i 3 00 na dzień, przyczem pamiętać należy, iż podczas jej używania powstaje za dodaniem kwasu azotowego do moczu osad żywicowaty, którego nie należy brać za znak obecności białka.

Terpinę można przepisywać w płynie:

8) Rp. *Terpini* 0·50
Alcoholi 20.00
Syrupi de catechu 30·00
Aquae destil. 100·00

Wolno zażywać także i w białem winie francuskiem. Albo, jeżeli chce się wpłynąć na skurczenie się warstwy mięsnej w oskrzelach a zarazem uspokoić kaszel, można do niej dodać przetworów kulczyby wroniego oka, w sposób następujący:

9) Rp. *Terpini pulverati* 0·25
Ttrae nucis vomicae guttas duas
Ttrae opii guttas tres
Glycerini
Gummi arabici āā q. s.
ut f. pillula semimollis.

Zażywać takich pigułek po 4 do 5 dziennie.
(*La médecine moderne. 10. Stycznia. 1894*).

V. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał
Dr. Gustaw Piotrowski,
Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Uniwersytet w Cambridge.

Dwie siostrzane wszechnice w *Cambridge* i *Oxfordzie* należą do najstarszych instytucyj naukowych w Anglii. Początki ich gubią się w legendowej pomroce. Podanie opowiada, że na trzy wieki przed Chrystusem, Cantaber, hiszpański książę, brat Partolina, króla Irlandyi, a szwagier Gurguncyusza, króla pewnej części Wielkiej Brytanii, założył miasto nad rzeką *Cante* (zkąd nazwa *Cantabrigia*) i sprowadził doń filozofów i astronomów z Aten. Między tymi znajdowali się Anaximander i Anaxagoras. Pominąwszy jednak to bajeczne podanie, odnoszą niektórzy początki Uniwersytetu do końca VI. i początku VII. wieku po Chr., mianowicie król Ethelbert miał sprowadzić za namową św. Augustyna i papieża Grzegorza I. uczonych z Canterbury. Tu miał też założyć w VII. stuleciu szkołę król Sigebert. Inne jeszcze podanie mówi, że w r. 1110 Profferet, Abbot of Croyland, sprowadził z Orleanu, w którym się kształcił, czterech mnichów, biegłych w filozofii, do swej rezydencyi w Cottenham, w pobliżu *Cambridge*. Ci przychodzili codziennie do *Cambridge* i nauczali publicznie w najętej na ten cel szopie i w krótkim czasie wielu zgromadzili uczniów.

W każdym razie rozwój Uniwersytetu był zresztą ten sam, jak i wielu innych. Nauczał z początku, kto chciał; dopiero w miarę rozwoju dała się czuć potrzeba ograniczenia tej dowolności. Ustanowiono pewne egzamina, które dawały prawo do nauczania, a ci, którzy je zdali, nazywali się doktorami lub też *Masters*. Pierwsza dopiero stała profesura a to teologii, utworzona została w r. 1502, przez Hrabinę Richmondu, matkę Henryka VIII., założycielkę *Christ's College* i *St. John's College*. Następnie za Henryka VIII. powstało w r. 1540 pięć katedr (*Royal professorships*), mianowicie teologii, prawa, fizyki, języka hebrajskiego i greckiego.

Z początku zostawał uniwersytet długi czas pod władzą kościelną. Głowa uniwersytetu, t. j. kanclerz, posiadał władzę absolucyi i ekskomunikowania; większość zaś nauczycieli należała do stanu duchownego, równie jak i większość uczniów gotowała się do tegoż stanu.

Uczniowie przybywający z różnych części świata do *Cambridge*, mieścili się, jak który mógł; jedni przy klasztorach, inni w mieście, przy rodzinach mieszczańskich, inni wreszcie po kilku razem, pod nadzorem nauczyciela. Ostatni ten sposób był zaczątkiem kolegiów. Mieszkania te nazywały się *Inns*, *Halls*, albo też *Hostels*. Były one z początku w prywatnych rękach, na zysk obliczone; powoli jednak okazała się potrzeba ściślejszej organizacyi i powstały właściwe kolegia, do których z biegiem czasu przyłączono prywatne *hostels*. Pierwsze kolegium w *Cambridge* założył Hugh de Balsham, biskup Ely, w r. 1284, i nazwał je *Peter-house*, położone bowiem było w pobliżu kościoła św. Piotra. Kolegium to obrało sobie za wzór istniejące już od

lat 10-ciu *Merton Coll.* w Oxfordzie i rządziło się jego statutami. Kolegia urządzone były z początku na stopie duchownej a za zadanie miały danie świeckiemu duchowieństwu wykształcenia, jakie było podówczas przedewszystkiem w posiadaniu mnichów. Podobne kolegia istniały w Paryżu, założone przez R o b e r t a d e S o r b o n n e, w 1250.

Początkowo i budynki kolegialne i prawa, któremi się rządziły, były nader proste. Modlono się w sąsiednich kościołach, które z czasem dla wygody połączono krużgankami. Następnie poczęły kolegia budować własne prywatne kaplice. Wszyscy członkowie kolegium żyjący w celibacie mieli swoje małe celki a na objady schodzili się do wspólnej wielkiej hali. Przewodniczący kolegium, t. j. *Master*, mieszkał również w takiej samej celce; dopiero za Henryka VI. przewodniczący *King's College* otrzymał zupełnie osobne mieszkanie, t. j. *Master's lodge*, jakie obecnie mają wszyscy przełożeni kolegiów.

Dół kolegiów zajmowały mieszkania najmłodszych studentów, t. zw. *sellars* lub *inferiora cubicula*; pierwsze piętro przeznaczone było dla starszych uczniów a mieszkania te nazywały się *solars* lub *superiora cubicula*. W takich celach mieszkało po trzech lub czterech uczniów razem; wspólnych dormitoryów, jak w klasztorach, nigdy nie było. Zwyczaj ten jednak ustał z początkiem XVII-go stulecia, gdy do uniwersytetu napływali coraz to starsi uczniowie, a pewne choroby skórne gwałtownie się szerzyć poczęły. Wtedy to zaczęto mieszkać pojedynkiem i zwyczaj ten po dziś dzień się zachował

Liczba kolegiów wzrastała szybko a obecnie liczy ich *Cambridge* przeszło 20.

Zatrzymałem się nad tym przedmiotem nieco dłużej, albowiem trudno jest uchwycić związek i wzajemny stósunek między uniwersytetem a kolegiami, a najlepiej objaśnia to ich powstanie.

Obecnie kolegia są jakby konwiktami, lub internatami, które nie mają właściwie bezpośredniego związku z uniwersytetem. Uczeń, przybywający na studya wybiera sobie kolegium, a do niektórych z nich potrzeba przejść wstępny egzamin. Zostaje on przyjęty do kolegium jako *undergraduate*. W kolegium dostaje mieszkanie, składające się z pokoju, w którym pracuje i przyjmuje odwiedziny (*sitting room*), tudzież z pokoju sypialnego (*bed room*) a zazwyczaj jeszcze z małego pokoiku, gdzie służący przechowuje sprzęty gospodarskie, naczynia do herbaty i t. d. Umeblowanie posiada student albo swoje własne, albo też dostarcza go kolegium za odpowiedniem wynagrodzeniem. Obowiązany jest nadto jadać w wspólnej sali (*hall*), przynajmniej pięć razy w tydzień. W miarę jednak coraz większego napływu studentów do kolegiów nie były one w stanie wszystkich pomieścić i z tego to powodu dozwolono mieszkać w mieście, jednak tylko w domach uznanych za odpowiednie przez syndykat składający się z pewnych członków kolegiów, tudzież senatu, t. j. takich, które posiadają t. zw. *licence*. Należenie do kolegiów jest nader kosztowne; prócz innych bowiem wydatków, musi taki student być członkiem wielu towarzystw i klubów sportowych, tudzież instytucyi zw. *Union*, odpowiadającej naszej *Czytelni Akademickiej*. Wszystkie te kluby są bardzo drogie. Wstępna taksa w *Union* wynosi funt, następnie przez 9 tak zw. *terms*, t. j. trzechmiesięczny przeciągu czasu płaci się także po jednym funcie szterlingu. Jest to nader rozwinięte towarzystwo; liczy bowiem około 2000 członków w *Cambridge* a dożywotnich i honorowych około 10000. Posiada wspaniały budynek, urządzony z ogromnym przepychem i bibliotekę liczącą przeszło 20000 tomów. Co czwartek odbywają się w czasie roku szkolnego posiedzenia (*debates*) na wzór parlamentarnych; istnieje prawica, lewica i centrum. Kwestye obrabiane są w tym rodzaju, jak n. p. czy palenie tytoniu jest szkodliwe i czy je znieść należy, to samo co do alkoholu, następnie wolność handlu i t. p. Po ukończeniu dyskusyi następuje głosowanie i wniosek przechodzi lub też upada, oczywiście platonicznie. Główny nacisk spoczywa tutaj na formie; treść zazwyczaj bywa dość nieudolna a nawet dziecinna, cieszą się zaś frenetycznymi oklaskami i zwyciężają fajerwerkowe frazesy, rzucane z werwą i intonacyą odpowiednią, lub też sarkastyczne wyzyskanie słabych stron przeciwnika. Lecz i sarkazm ten jest bardzo niewinny, coś w stylu Pickwickowatym. Publiczność interesuje się bardzo temi debatami a na galeryi płeć piękna zazwyczaj mocno reprezentowana. Ze względu na kosztowność życia w kolegiach, trudno w nich bowiem opędzić roczny pobyt mniejszą sumą, aniżeli 200 funt., dozwolono w r. 1869 wstępu do uniwersytetu uczniom nie należącym do żadnego kolegium. Mimo to koszta utrzymania takiego *non-collegiate* studenta wynoszą przynajmniej 120 f. rocznie. Studenci tacy zostają również pod nader ścisłym nadzorem władz uniwersyteckich.

Po za studentami, t. j. *Undergraduates*, są w kolegiach członkowie posiadający stopnie uniwersyteckie, t. j. *Graduates*, czyli *Fellows*, lub *Dous* w studenckiej gwarze. Z tych obierani są wszyscy dygnitarze kolegialni. *Fellows* wybierani są na lat 6 od otrzymania stopnia. Pobierają różne płace, wynoszące jednak przynajmniej tyle, ile u nas pensya profesora uniwersytetu. Obowiązków żadnych nie mają; mogą się kształcić w miejscu lub zagranicą. Po latach sześciu, jeśli otrzymali posadę w uniwersytecie, mogą pozostać dożywotnimi członkami kolegium, jeśli nie, tracą swój *Fellowship*.

Z pomiędzy tych członków wybierany bywa przewodniczący kolegium, który nosi tytuł *Master*, z wyjątkiem *Queens College*, gdzie się nazywa *President*, tudzież *Kings Coll.*, gdzie ma tytuł *Provost;* następnie t. zw. *Tutors*, t. j. członkowie rozciągający opiekę nad studentami. *Tutor* reguluje wszelkie stósunki między uniwersytetem a uczniami, odbiera od nich opłatę i składa ją w uniwersytecie, załatwia rachunki kolegialne, czuwa nad nauką i t. d. *Non-collegiates students* mają swych *Censors*, którzy odpowiadają kolegialnym tutorom. Posiadają nadto kolegia swych nauczycieli, t. j. *Readers*, którzy uzupełniają niejako wykłady uniwersyteckie. Wykłady te w pewnych kolegiach cieszą się niesłychaną popularnością. Niektóre kolegia mają swe własne, bardzo dobrze urządzone pracownie, jak n. p. laboratoryum chemiczne w *Caius Coll.* (wym. Kis Koll.), gdzie przełożonym jest bardzo dzielny chemik Dr. R u h e m a n n, Niemiec. — Kolegium to obierają przeważnie medycy za miejsce pobytu.

Uniwersytet wraz z kolegiami wybiera wspólne ciało rządzące, t. j. s e n a t. Na czele stoi k a n c l e r z, obecnie ks. D e v o n s h i r e. Jest to godność odpowiadająca rektorskiej. Jest ona właściwie tytularną a cała władza spoczywa w ręku w i c e k a n c l e r z a (John P e i l e), który rządzi uniwersytetem podług statutów a nad miastem ma nieograniczoną władzę, o ile się to tyczy stósunków uniwersyteckich. Może on

nakazywać zamknięcie i przeniesienie sklepów (odnosi się to przede wszystkiem do restauracyi), wydaje pozwolenie na otwarcie teatru i rozmaitych widowisk. Wogóle rygor pod tym względem jest nadzwyczaj surowy a nawet przesadny. Cyrk n. p., który przez wakacye bawił w Cambridge, musiał się wynosić z początkiem roku szkolnego. Studenci trzymani są w wielkim rygorze. O zmierzchu nie wolno im wychodzić bez stroju uniwersyteckiego, t. j. czarnego płaszczyka sięgającego poniżej kolan i czarnego, płaskiego beretu (*cap and gown*). W ubiorze tym muszą chodzić przez cały dzień świąteczny a podczas nabożeństwa zarzucają pewien rodzaj białej komży. W stroju tym nie wolno palić tytoniu na ulicy. W restauracyach nie wolno się gromadzić w znaczniejszej liczbie a do kolegium trzeba wracać najpóźniej o 12. w nocy. Studenci mieszkający w mieście zostają również pod surową kontrolą. Gospodarz obowiązany jest utrzymywać ewidencyę odwiedzających; nie wolno też studentowi przyjmować nikogo od godz. 10. wieczór do 6. rano bez piśmiennego pozwolenia tutora a gospodarzowi dostarczać w jednym dniu więcej obiadów lub kolacyj, niż na trzy osoby. Jeden z Fellows opowiadał mi ze śmiechem, że pierwszym przywilejem w kolegium po otrzymaniu stopnia jest wolność przechodzenia przez trawniki dziedzińców i ogrodów kolegialnych, za co studenci płacą 2 sz. 6 d. kary. W statutach istnieją jeszcze oryginalne, średniowieczne przepisy, jak n. p. zabraniające studentom grać w t. zw. *marbles*, (kulki kamienne, jakiemi się bawią po dziś dzień wyrostki) w pewnych miejscach publicznych, jak n. p. na schodach senatu, biblioteki, ratusza i t. d. Surowy rygor sprawił, że Minerwa wypędziła z miast uniwersyteckich Bachusa a nadewszystko Wenerę.

Przepisów przestrzega władza wykonawcza, składająca się z dwóch proktorów, wybieranych przez senat po porządku z kolegiów, tudzież z dwóch proproktorów, których obiera wicekanclerz i proktorowie. Ci dobierają sobie niższą władzę wykonawczą, t. j. *Proktors men*, zwanych przez studentów buldogami i z nimi wieczorną porą urządzają obławę po mieście, czy przypadkiem nie znajdą gdzie studenta bez ubioru uniwersyteckiego, lub co więcej, *o horror*, palącego na ulicy. Kary za te przestępstwa są przeważnie pieniężne. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Stycznia 1894 r.

— Bardzo poważnie i z niezwykłym udziałem najwyższych sfer naukowych, rządowych, obywatelskich i lekarskich, tudzież mnóstwa publiczności, odbył się w dniu 15. b. m. pogrzeb ś. p. prof. Madurowicza. Na trumnie Zmarłego złożono mnóstwo wieńców a między niemi od Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, od Wydziału lekarskiego, od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od Towarzystw lekarskich warszawskiego i krakowskiego, od Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie, od redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, od lekarzy szpitali św. Łazarza i św. Ludwika, od asystentów kliniki położniczo-ginekologicznej, od oddziału położniczo-ginekologicznego w szpitalu św. Łazarza, od asystentów Wydziału lekarskiego.

Nadeszło również wiele telegramów kondolencyjnych; między innemi przysłał J. E. Pan Minister Oświaty, Dr. Stanisław Madeyski, na ręce rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego telegram dla Wydziału lekarskiego z wyrażeniem głębokiego żalu z powodu ciężkiej straty, jaką Wydział ten poniósł przez śmierć prof. Madurowicza. Dziekan Wydziału prof. Browicz podziękował telegraficznie za ten wyraz współczucia.

Wyrazy kondolencyi dla Towarzystwa lek. krak. nadesłały: 1) Redakcya *Nowin lekarskich* w Poznaniu, 2) Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich i 3) Zarząd Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu a dla Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego Radca Dworu, Prof. Dr. Gustaw Braun w Wiedniu.

Pogrzeb rozpoczął się o godzinie 10. Przed zamknięciem trumny pobłogosławił zwłoki prorektor Uniw. Jagiell., X. prałat prof. Dr. Chotkowski a przy wyniesieniu ich z domu pożegnał Zmarłego wymownemi słowy imieniem Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Rektor prof. Dr. Zoll, poczem orszak cały ruszył na cmentarz a zatrzymał się w ulicy Kopernika przed kliniką położniczą, gdzie na frontowej ścianie, okrytej żałobną draperyą, wśród zieleni i świeżych kwiatów umieszczono biust Zmarłego profesora. Tu po odśpiewaniu pieśni żałobnych przemówił prof. Dr. Jordan i pożegnał rzewnie Zmarłego imieniem Wydziału lekarskiego. Po mowie tej udał się pochód w dalszą drogę. Od bramy cmentarnej nieśli trumnę koledzy i asystenci ś. p. Madurowicza aż do grobu, nad którym po dopełnieniu ceremonij religijnych przemówili w podniosłych słowach Dr. August Kwaśnicki, jako prezes imieniem Tow. lekarskiego krakowskiego, prof. Dr. Antoni Mars imieniem b. uczniów i kolegów zawodowych i student medycyny Włodzimierz Sieradzki imieniem młodzieży Wydziału.

— Na posiedzeniu styczniowem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrano na następujące trzechlecie prezesem radcę zdrowia Dra Bolesława Wicherkiewicza, przewodniczącego w komitecie *Nowin lekarskich* a sekretarzem Dra Teodora Dembińskiego.

— Otrzymujemy następujące pismo:

XI. Kongres międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894 r.

Aby ułatwić członkom Kongresu i ich towarzyszom wyszukanie mieszkań i zwiedzenie najpiękniejszych miejscowości Włoch południowych, polecił Komitet jeneralny znanemu domowi PP. Thom. Cook et Son zająć się dostarczaniem mieszkań i urządzaniem wycieczek do okolic Neapolu, Sycylii i t. d. Pośrednictwem w tych rzeczach zajmie się osobny delegat głównego biura Thom. Cook et Son w Londynie z pomocą filii tego domu w Rzymie i Neapolu.

Te wyjątkowo przystępne warunki są:

1) Za cenę 12 franków 50 centm. dziennie dostarczy pan. T. C. et Son mieszkania, światła, pożywienia i usługi w pierwszorzędnych hotelach i pensyonatach rzymskich.

2) Wycieczki trzechdniowe z Neapolu do Wezuwiusza, Pompei, Capui, Sorrento, Castellamare i Raino, będą kosztowały ze wszystkiem razem po 70 franków od osoby.

3) Wycieczki dziesięciodniowe do Sycylii, drogą: Neapol, Messyny, Tarnmino, Catano, Girgenti, Syrakuzy, Palermo, Neapol — będą kosztowały około 200 franków od osoby, wliczając w to: mieszkanie, usługę, bilety na kolej, statki, omnibusy oraz przewodników i napiwki. Za tę cenę dostaną podróżni pierwszorzędne mieszkanie i bilety 1-szej klasy. Dla drugiej klasy będą ceny tańsze.

4) Uprasza się członków Kongresu o zgłoszenie się jak najwcześniejsze, jeśli można przed 15. Lutego zarówno pod względem mieszkań jak i wycieczek, do najbliższej dla nich agencyi domu T. Cook et Son.

5) Program szczegółowy wycieczek będzie dołączony do wydanych przez Komitet centralny instrukcyj dla podróżnych, które będą rozdawane wszystkim członkom Kongresu; o te programy, jak niemniej o instrukcye i karty legitymacyjne zgłaszać się należy do sekretarza XI. Kongresu międzynarodowego w Genui we Włoszech.

— Ponieważ użycie prądu elektrycznego do wykonywania wyroków śmierci w Ameryce nie okazało się praktycznem i doprowadzało do scen przejmujących grozą, przeto powstała w pewnych sferach tamże myśl użycia w tym celu gazu świetlnego, któryby się wprowadzało pod znacznem ciśnieniem do zamkniętej szczelnie komory, mieszczącej w sobie delinkwenta. Projektujący opierają się w tej mierze na doświadczeniach zrobionych w Paryżu ze zabijaniem w ten sposób psów wałęsających się bez właściciela po ulicach miasta.

— Czwarty zjazd niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w r. b. we Wrocławiu w dniach od 14. do 16. maja. Na porządek dzienny przyjdą jako główny przedmiot obrad: 1) sprawa podziału systematycznego grzybic skórnych (*dermatomycoses*). Sprawozdawcą prof. Kaposi z Wiednia i 2) obecny stan nauki o grzybicach skórnych. Sprawozdawcą prof. Pick z Pragi. Równocześnie ze zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi, leków, preparatów anatomiczno-patologicznych

i mikroskopowych. Lubo zjazd jest niemiecki, równie jak język jego obrad, to jednakowoż mile będą widziani koledzy innych narodowości, którzy mogą głos zabierać w swym języku.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Chrystyania. Dr. Ch. Leegard habilitował się jako docent newropatologii. Sztokholm. Prof. Rossander poszedł na emeryturę. Fryburg w Bryzgowii: Dr. H. Strobe habilitował się jako docent anatomii patologicznej. Grac Docent prywatny Dr. A. Heider otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Docent pryw Dr. Wilhelm Prausnitz z Monachium mianowany profesorem higieny. Leodyum. Profesor nadzwyczajny patologii ogólnej Dr. Francotte mianowany profesorem zwyczajnym. Groninga. Dr. Reddingius mianowany profesorem anatomii patologicznej i patologii ogólnej. Upsala. Dr. A. O. Letfors, docent prywatny w Lundzie, mianowany profesorem położnictwa i ginekologii.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* nrze 2: Dmochowski: O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników; E. Biernacki: Anestezya nerwu łokciowego jako objaw wiądu rdzenia; F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych (C. d.). — W *Medycynie* nrze 2: Doc. R. Trzebicky. Przyczynek do osteoplastycznej resekcyi stopy podług Władymirowa-Mikulicza. Funck i Grundzach: O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka. — W *Nowinach lekarskich* zeszycie styczniowym 1894: W. Łepkowski: O zastosowaniu kokainy w dentystyce i działanie jej na ropotwórcze ustroje; K. Koehler: Aprosexia nasalis, tępość umysłu z niedrożności nosa; H. Święcicki: Przyczynek do przebiegu porodu u niemłodych pierwiastek; B. Wicherkiewicz: Rzekomy kilak tęczówki na podstawie urazowej.

Redakcya otrzymała:

E. Biernacki. Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych. Warszawa 1893. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

E. Biernacki. O nadczułości i bólach pochodzenia mózgowego. Warszawa 1893. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

E. Biernacki. Ueber die chemische Constitution des pathologischen Blutes. Wien 1893. (Odbitka z *Wien. med. Wchschft.*).

E. Biernacki. Beiträge zur Lehre von central entstehenden Schmerzen und Hyperaesthesie. Leipzig 1893. (Odbitka z *Deutsche med. Wchschft.*).

Sprostowanie. W artykule Dra Wachholza w nrze 2. z b. r., str. 21, szp. I., w. 41 od góry, punkt 4, po słowach »jeśli do rozczynu« wypuszczono »methemoglobiny doleje się zgęszczonego roztworu«.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 24. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) odczyt kol. prof. Jakubowskiego: O punkcyi wodogłowia; 2) odczyt kol. Rościszewskiego: Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy, przy równoczesnem stosowaniu kąpieli jodowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.